PROPOSTA INTS

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 05/2017

Processo Administrativo nº 3.900/2017

Seleção De Organização Social De Saúde Para Celebração De Contrato De Gestão Que Terá Por Objeto Gerenciamento, Operacionalização E Execução De Ações Assistenciais E Serviços De Saúde Do Hospital Municipal De Bertioga, Pronto Atendimento, Serviço De Apoio E Diagnóstico E Terapêutico (Sadt) E Serviço De Atendimento Móvel De Urgência-(Samu).

VOLUME ÚNICO

Elaboração: **INTS** – Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública

Salvador, 2018.

Sumário

QUEM SOMOS 5

ANALISE DAS CARACTERISTICAS DEMOGRFICAS E EPIDEMIOLOGICAS DO MUNICIPIO Erro! Indicador não definido.

DADOS DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE BERTIOGA Erro! Indicador não definido.

CARACTERISTICAS DAS UNIDADES 16

PRONTO ATENDIMENTO BERTIOGA Erro! Indicador não definido.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 18

HOSPITAL MUNICIPAL DE PERTIOGA 21

O SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT) 25

NORMAS E ROTINAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO 32

SERVIÇO DE FARMÁCIA 43

CME - Central de Material e Esterilização 52

SERVIÇO DE ALMOXARIFADO 70

NORMAS E ROTINAS PARA AQUISIÇÃO E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS (LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS) 81

SERVIÇO SOCIAL 82

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETETICA. 85

SERVIÇO DE ENGENHARIA CLINICA. 93

SETOR DE MANUTENÇÃSO DE INFRAESTUTURA 98

GESTÃO DE PESSOAS: 106

SISTEMA DE GESTÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO 113

SERVIÇO DE ENFERMAGEM 128

DEPARTAMENTO FINANCEIRO 142

SETOR DE TESOURARIA 142

SETOR DE FATURAMENTO 142

SETOR DE CONTABILIDADE 144

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL 148

SERVIÇO DE BIOSSEGURANÇA 151

NORMAS E ROTINAS PARA O PROCESSAMENTO E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE 153

SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENE EM SERVIÇOS DE SAÚDE 159

POLITICA DE GESTÃO DA QUALIDADE 171

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE 177

PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUARIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO 185

OUVIDORIA 185

COMISSÕES OBRIGATÓRIAS 190

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 190

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM 195

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE 204

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E REVISÃO DE ÓBITOS 209

COMISSÃO DE FARMACO/TECNOVIGILÂNCIA 216

COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR; 220

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSSS) 225

COMISSÃO ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 226

COMISSÃO DE QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 227

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE 228

NORMAS E ROTINAS PARA A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS 231

SAMU236

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA 236

MODELO DE GESTÃO 236

INTRODUÇÃO 237

AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE 237

A REDE DE ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 238

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL 240

ÁREA DE ATIVIDADE 240

LINHAS BÁSICAS 241

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO PROPOSTO 242

COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL 248

Gestão de Pessoas 252

Tecnologia da Informação 256

RECURSO PATRIMONIAL, LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS 266

PLANO DE CONTIGÊNCIA HOSPITALAR E DEMAIS SERVIÇOS 283

PROPOSTA FINANCEIRA **Erro! Indicador não definido.**

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA **Erro! Indicador não definido.**74

QUEM SOMOS

O Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública – INTS, é uma organização Social sem fins lucrativos, certificada pelo Ministério da Justiça como de Utilidade Pública Federal, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades na área da Saúde, Educação e da Assistência Social no Brasil.

Com perfil multidisciplinar, o INTS desde a sua criação vem trabalhando de forma integrada com o setor empresarial, promovendo melhores práticas de gestão focada em serviços públicos de Saúde, Educação e Assistência Social nas esferas municipal, estadual e federal, oferecendo serviços de mais alto nível para toda a comunidade.

Atuar de forma sustentável e duradoura tem sido a principal vertente do INTS desde a sua criação, entende-se que os serviços públicos no Brasil, principalmente nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social necessitam de um alto desenvolvimento tecnológico para atendimento da demanda do país. Como será apresentado nesse relatório de atividades, o INTS, no que se refere a esses investimentos, vem atuando fortemente fomentando parcerias com instituições públicas e privadas para suprir essa lacuna.

NOSSOS PRINCÍPIOS

MISSÃO

Prover uma sociedade justa e igualitária, através de instrumentos eficientes que assegurem o funcionamento excelente da Administração Pública Brasileira, sendo fidedigna ao cumprimento das determinações da Constituição Federal e suas respectivas leis regulamentadoras.

VISÃO

Aprimorar e modernizar os serviços de Saúde, Assistência Social e Educação brasileira, em todas as esferas de atuação do Poder Público, trazendo como prática de sustentabilidade a pesquisa científica e a tecnologia, tornando-se referência na satisfação popular e no desenvolvimento social.

VALORES

O INTS tem como princípios éticos a legalidade, a transparência de seus atos, o desenvolvimento de recursos de utilidade pública e a reforma social em busca de qualidade de vida.

POLÍTICA DA QUALIDADE

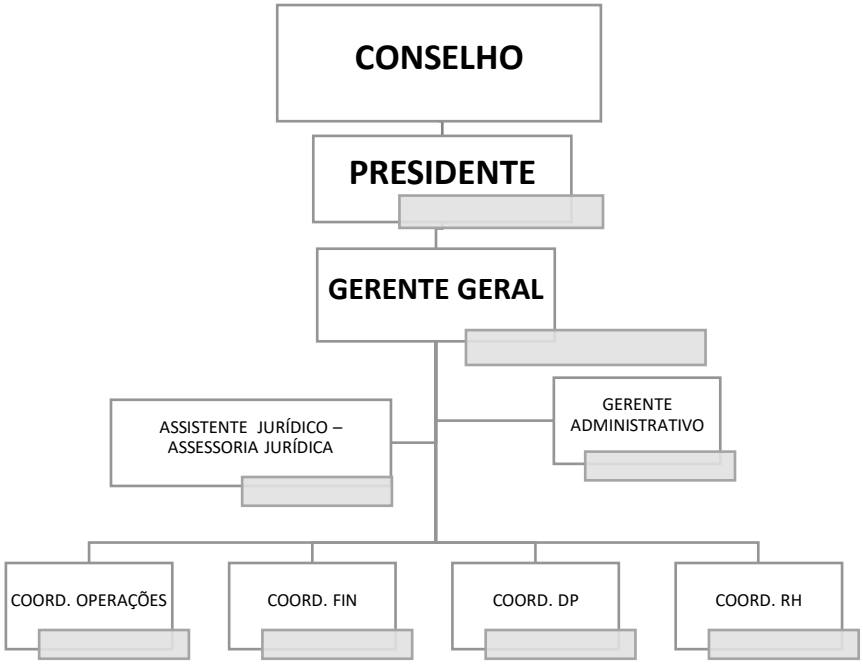
Prover a Administração Pública com Soluções de gestão e tecnologia nas áreas de saúde, educação e assistência social, cumprindo as determinações de suas respectivas leis regulamentadoras, sempre promovendo a melhoria continua da gestão da organização para aumentar a satisfação dos clientes.

GOVERNANÇA

O INTS concentra sua base de atendimentos e operações na cidade de Salvador-BA, onde conta com uma equipe extremamente qualificada para atender as necessidades do setor público brasileiro nas áreas da Saúde, Educação e da Assistência Social.

Nossa estrutura é composta por um Conselho Administrativo, Presidência, Gerência Geral, Gerência Administrativa, Coordenação de Recursos Humanos, Coordenação de Departamento Pessoal, Coordenação Financeira, Coordenação Operacional e uma Assessoria Jurídica, conforme apresentado abaixo:

Organograma da Estrutura Organizacional:



CONSELHO DELIBERATIVO

Responsável por definir as diretrizes do instituto, os meios para alcança-los. Dentro da estrutura do conselho também existem a figura dos conselheiros que auditam e fiscalizam a gestão administrativa da instituição com o intuito de manter a transparência das ações da instituição.

GERÊNCIA GERAL

A Gerência Geral é responsável juntamente com o conselho, por definir, orientar e efetuar todas as políticas e metas internas no INTS assim como o acompanhamento do desenvolvimento das diversas áreas de atuação da instituição.

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

A Gerência Administrativa é responsável por promover as condições ideais para o bom funcionamento das atividades executadas por toda equipe do INTS, desde as mais práticas, como um ambiente físico estruturado e programação de viagens até as mais complexas, como, estruturação de ofertas, análise de viabilidade de projetos e propostas de parcerias, desenvolvimento de projetos na área de inovação e saúde, identificação de necessidades e fomento de parcerias com instituições da gestão pública e privada que atuem na área de Saúde, Educação e Ação Social, bem como, acompanhamento da situação fiscal e da qualificação técnica do INTS, além de assessorar a Gerência Geral e a Presidência com informações relevantes para administração e assuntos estratégicos da instituição.

RECURSOS HUMANOS E DEPARTAMENTO PESSOAL

O setor de Recursos Humanos e Departamento Pessoal é responsável por toda a captação, dentro dos mais diversos perfis, de mão de obra, treinamento, e políticas de benefícios e crescimento profissional. Dentro dessa missão as principais atividades são recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento, plano de cargos, carreira e salários, avaliação de desempenho semestral, manutenção de organograma, organização de eventos, programação de treinamentos com cursos técnicos específicos e de motivação, ampliação, controles e gestão de benefícios, gestão de departamento pessoal, além do acompanhamento e gestão do Serviço Especial de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT.

FINANCEIRO

O setor Financeiro no INTS, é responsável pela tesouraria, contas a pagar, contas a receber, bem como, coordenar, supervisionar, orientar e dirigir as atividades relativas à execução financeira e contábil.

OPERACIONAL

A área Operacional é o setor responsável por garantir o nível de excelência na prestação dos serviços, além de realizar o acompanhamento das ações, emissões de relatórios técnicos, financeiros e controlar a qualidade das entregas de cada projeto do INTS.

ASSESSORIA JURÍDICA

Com o objetivo de manter as ações do INTS sempre alinhadas com a legislação vigente, a assessoria Jurídica surge com a missão de verificar, analisar e corrigir, os atos, procedimentos e condutas do INTS perante o ordenamento jurídico vigente.

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Além da estrutura administrativa o Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública é registrado em todos os conselhos de classes de suas áreas de atuação e tem a disposição o capital intelectual dos seguintes responsáveis técnicos:

CONSELHOS DE CLASSE TÉCNICOS	RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
Conselho Regional de Administração	Cristiane Cotrim Gordiano
Conselho Regional de Biomedicina	Maxelle Martins Teixeira
Conselho Regional de Enfermagem	Kamila Marques Ribeiro
Conselho Regional de Engenharia e Agronomia	Ian dos Anjos Cunha
Conselho Regional de Farmácia	Juliana Ribeiro da Silva
Conselho Regional de Fisioterapia	Lívia Leite Machado
Conselho Regional de Fonoaudiologia	Ivan Alexandre dos Santos Filho
Conselho Regional de Medicina	Calixto Santos Silva
Conselho Regional de Nutrição	Katiuscia da Silva Santiago
Conselho Regional de Odontologia	Gabriel Esteves Brandão
Conselho Regional de Psicologia	Milena da Silveira Leite Matias
Conselho Regional de Serviço Social	Ozaneide Primo dos Santos
Conselho Regional Radiologia	Antonio Jorge Araujo M. Filho
Conselho Municipal de Assist. Social de Saúde Salvador	N/A

* N/A – Não se aplica

CERTIFICAÇÕES (TITULAÇÕES E QUALIFICAÇÕES)

Hoje, as capacidades técnicas e certificações de qualidade desta Organização Social atingem de modo mais eficiente as necessidades das comunidades brasileiras. O INTS entende que é preciso atender os anseios primários e vitais do indivíduo e da coletividade e, que o funcionamento equilibrado da vida social é resultado do fortalecimento de estruturas como Educação, Assistência Social e Saúde.

Com suas titulações, qualificações e certificações o INTS está habilitado a participar de projetos de utilidade pública, visando o benefício nas áreas da Saúde, da Educação e da Assistência Social nas esferas municipal, estadual e federal. Tendo como modalidades de contratação: Seleção de Organizações Sociais, as Licitações, os Convênios, os Contratos de Emergência e a Dispensa, ou Inexigibilidade de Licitação.

TITULAÇÕES PÚBLICAS DO INTS

CERTIFICAÇÕES/QUALIFICAÇÕES DO INTS		
ORGANIZAÇÃO SOCIAL		
Nº	TIPO	LOCAL
1	ESTADUAL	BAHIA
2	ESTADUAL	GOIÁS
3	ESTADUAL	RONDÔNIA
4	MUNICIPAL	BARUERI- SP
5	MUNICIPAL	BIGUAÇU - SC
6	MUNICIPAL	CAMAÇARI - BA
7	MUNICIPAL	CAUCAIA - CE
8	MUNICIPAL	FERRAZ DE VASCONCELOS - SP
9	MUNICIPAL	MARACANAÚ - CE
10	MUNICIPAL	MAUÁ - SP
11	MUNICIPAL	RIO GRANDE DA SERRA - SP
12	MUNICIPAL	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ – SC
13	MUNICIPAL	SÃO PAULO - SP
14	MUNICIPAL	SERRA - ES
15	MUNICIPAL	SUZANO - SP
16	MUNICIPAL	TAUBATÉ - SP
17	MUNICIPAL	VILA VELHA - ES
18	MUNICIPAL	POÁ - SP
19	MUNICIPAL	SALVADOR -BA
20	MUNICIPAL	BIRITIBA MIRIM - SP
21	MUNICIPAL	SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP
22	MUNICIPAL	DIADEMA - SP
23	MUNICIPAL	JUNDIAÍ - SP
24	MUNICIPAL	EMBU DAS ARTES - SP
25	MUNICIPAL	PRAIA GRANDE - SP
26	MUNICIPAL	BERTIOGA - SP
27	MUNICIPAL	MARÍLIA - SP
UTILIDADE PÚBLICA		
1	FEDERAL	
2	MUNICIPAL EM SALVADOR/BA	
3	MUNICIPAL EM SUZANO/SP	
4	MUNICIPAL EM MAUÁ/SP	

CERTIFICAÇÃO ISO 9001:2008

Há alguns anos, o INTS veio trabalhando para implementar um Sistema de Gestão da Qualidade como a ISO 9001, assumindo sua obrigação com a qualidade dos produtos e serviços, com a eficiência operacional e com a satisfação do cliente, constituindo as seguintes diretrizes:

Investir constantemente em inovações e desenvolvimento de novos produtos e serviços, sendo pioneiro no atendimento de qualidade e em tecnologia. Desenvolver métodos eficientes para alcançar o cliente e processar as operações de maneira segura e contínua.

Atender cada cliente compreendendo suas especificidades, estreitando o relacionamento e contribuindo para que o cliente seja percebido como referência de desempenho e eficiência, consequentemente, fortalecendo a reputação do INTS.

Ser líder atuante, empenhado no desenvolvimento e implantação de melhoria contínua dos requisitos do Sistema de Gestão de Qualidade do INTS.

No ano de 2014 a certificação do sistema de gestão da qualidade veio para ajudar o INTS a desenvolver e melhorar seu desempenho. A certificação ISO 9001:2008 permitiu que a instituição demonstrasse seus elevados níveis de qualidade nos serviços e que segue os princípios de gestão da qualidade internacionalmente reconhecidos.

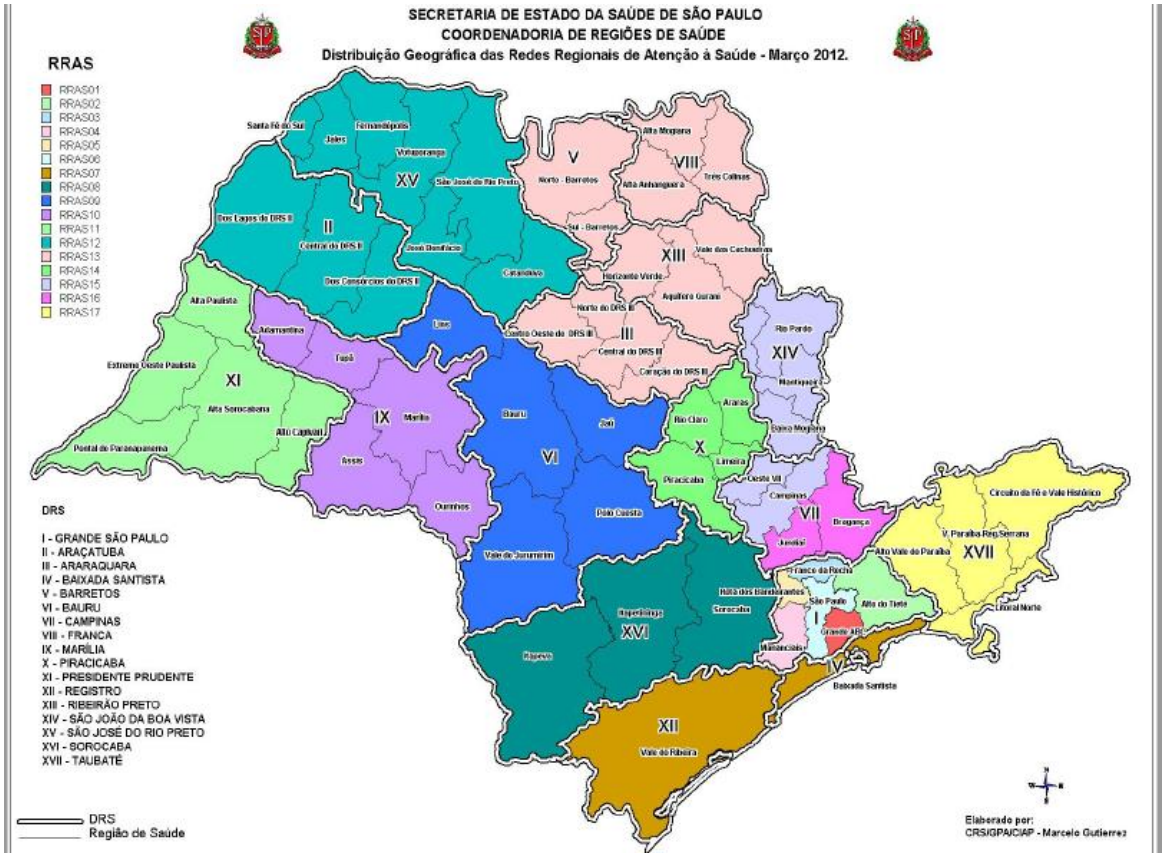
Durante os anos de 2015 e 2016 o INTS obteve a manutenção da ISO 9001:2008. Conduzida pelo órgão certificador Bureau Veritas Certification – líder mundial em serviços de certificação – a auditoria confirmou o comprometimento do INTS com a satisfação do cliente e com a melhoria contínua dos serviços oferecidos.

Em 2017, o INTS passou pelo processo de transição para implementação dos novos requisitos da Norma ISO 9001:2015. ,os ganhos com a nova versão da Norma são enormes e trarão ao INTS uma ferramenta de gestão robusta para o Sistema de Gestão da Qualidade em consonância ao direcionamento estratégico da organização.

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLOGICAS

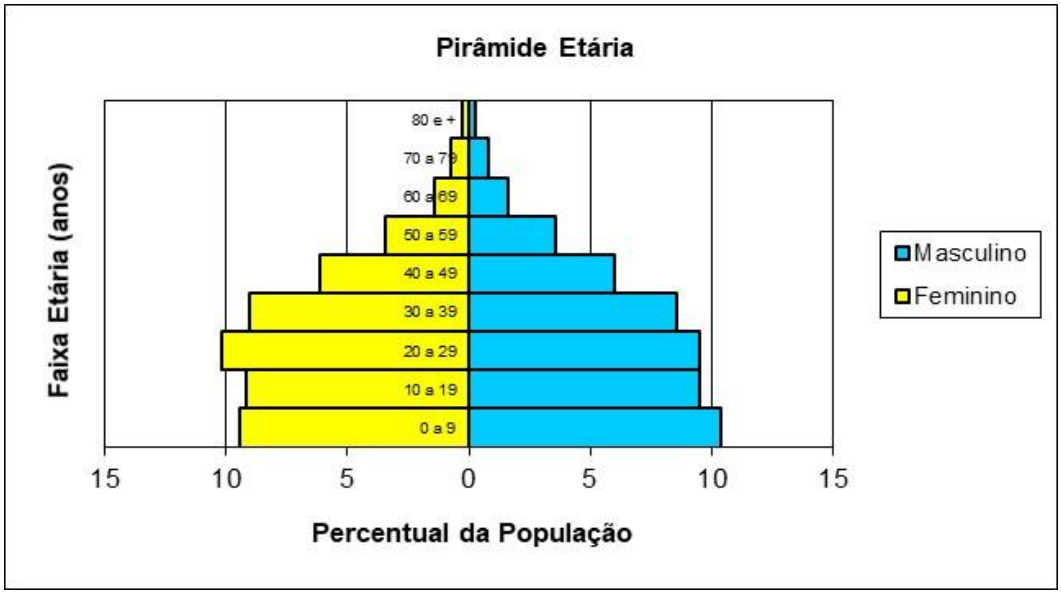
O Município de Bertioga localiza-se na extremidade Nordeste da Região Metropolitana da Baixada Santista juntamente com Peruíbe, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, São Vicente, Cubatão, Santos, Guarujá, instituída pela Lei Complementar Estadual nº 815 de 30 de julho de 1996, que também instituiu o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista (CONDESB) e o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano da Baixada Santista (FUNDESB).

Segundo a organização administrativa-sanitária e regionalizada do estado de São Paulo, Bertioga pertence a região de saúde da Baixada Santista e compõem, com mais 24 municípios, a Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 7.



Distribuição Geográfica das redes Regionais de Atenção á Saúde do Estado de São Paulo

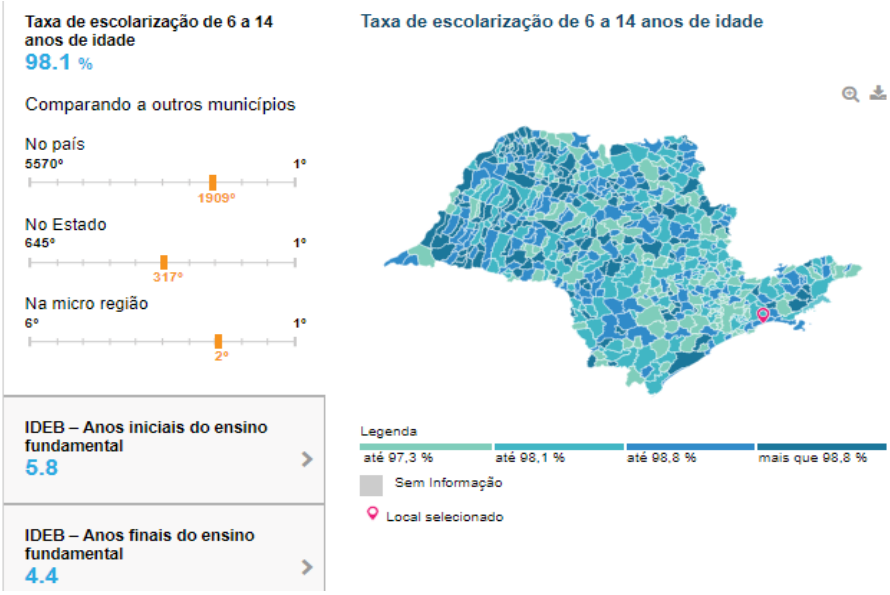
Segundo o IBGE (estimativa 2018), o município de Bertioga tem uma população de 61.736 pessoas e densiedade demográfica de 97,21 hab/km^2. De acordo coma pirâmide etária da localidade, a população bertioguense é relativamente jovem e não tem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino.



Fonte: Datasus

Pirâmide Etária da População de Bertioga

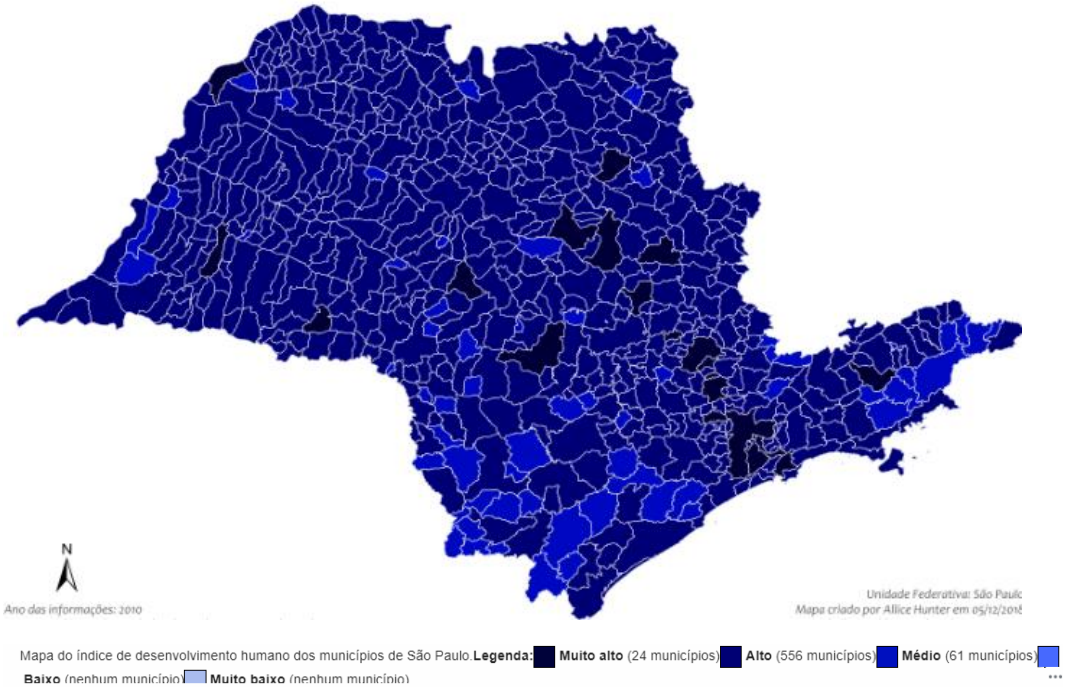
No que diz respeito a escolarização dos munícipes, 98,1% das crianças entre 06 e 14 anos estão em escolas e a taxa de alfabetização média do muncípio é superior a 70%, sendo que na faixa etária de 15 a 19 anos mais de 97% são alfabetizados. Com relação aqualidade da educação, o índice alcançado no IDEB foi de 5,8 nos ans iniciais do ensino fundamental com uma queda no índice para 4,4 nos anos finais. De acordo com o os dados analisados, Bertioga apresenta um bom nível de escolarização e ocupa o segundo lugar entre os municípios da região.



Fonte: IBGE

Amostra de Indicadores de Educação de Bertioga

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM de Bertioga é de 0,730. De acordo com o IDHM, Beritoga está entre os 556 municípios do estado que atingiram a classificação de ‘alto’ nas classificações deste indicador.

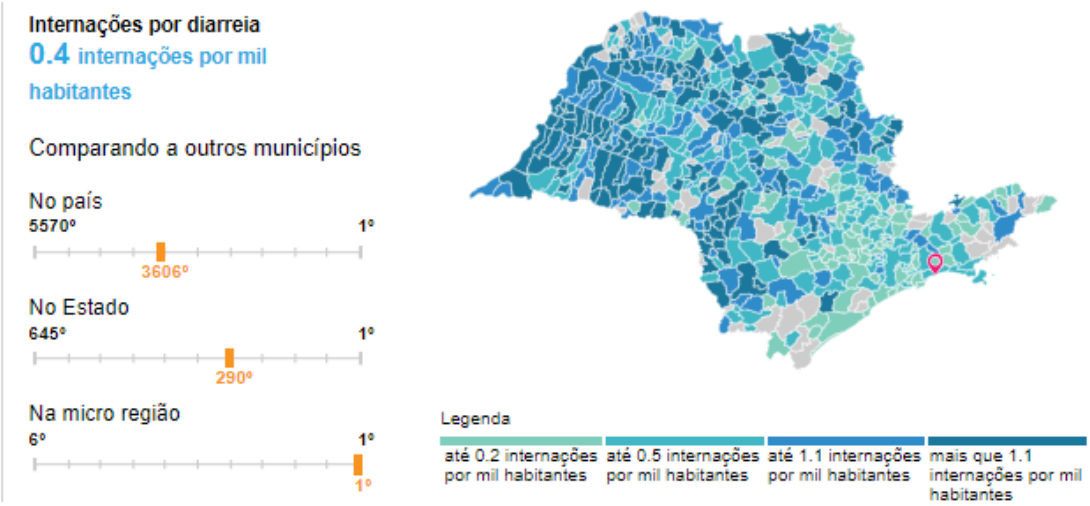


Mapa do IDHM do Estado de São Paulo

Na área saúde, de acordo com o CNES de novembro/2018, o muncípio conta com 44 estabelecimentos de saúde dos quais cinco são da Atenção Básica à Saúde e que atendem apenas 32% (DAB/MS/Nov-201/) da população na cobertura deste serviço. A baixa cobertura de atenção básica municipal aponta para o aumento da vulnerabilidade e do risco de adoencimento da população de Bertioga.

Epidemiologicamente, os dados de morbidade apontam como os três maiores motivos de internamento: Gravidez parto e puerpério (1), Doenças do aparelho respiratório (2) e Doenças do aparelho digestivo(3). Apontando que é fundamental o avanço nas ações da Linha Materno-Iinfantil no pré-natal, parto e puerpério, principalmente no que diz respeito as ações da atenção básica no cuidado a gestante de baixo risco e ao recém-nascido.

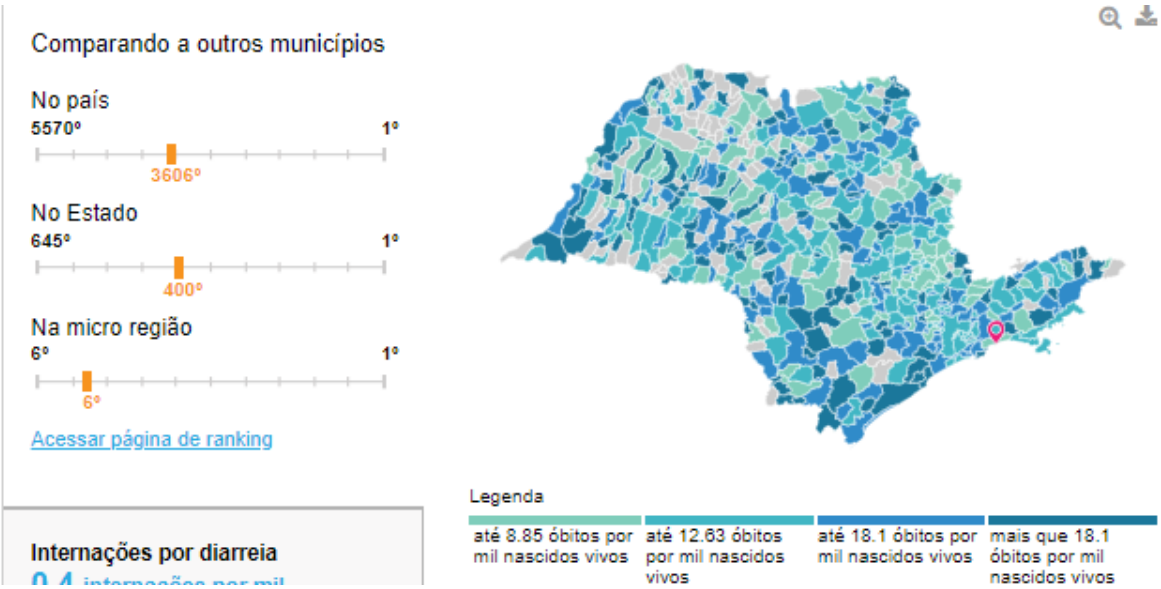
Noca caso dos internamentos de menores de um ano, a taxa de internação por diarreia é de 0,4 por mil habitantes internados, sendo a melhor taxa da região, embora seja o 3,606º município brasileiro nesteb indicador.



Fonte: IBGE

Internações por Diarreia do município de Bertioga comparado aos demais municípios brasileiros

A mortalidade infantil do município (2014) foi de 8,32 óbitos por mil nascidos vivos. Este indicador aponta que é necessário maior atenção e investimento nas ações de sáude da criança e, consequentemente, na atenção básica com vistas e a reduzir a mortalidade por meio do melhor cuidado a criança.



Fonte: IBGE

Mortalidade Infantil do município de Bertioga comparado aos demais municípios brasileiros

De acordo com os dados analisado, o Hospital Muncipal de Bertioga, o Pronto Atendimento e o SAMU, como serviços da Rede de Urgência e Emergência, será procirados por moradores da cidade que vivam em áreas descobertas, invertendo o

ordenamento da rede, devido a baixa cobertura de atenção básica e a ‘porta aberta’ característicos dos serviços de urgência e emergência.

Ademais, o hospital é referência como maternidade de baixo risco e assume um lugar importante na Rede Cegonha da Cidade.

Daí, ser fundamental que a gestão destas unidades de saúde seja realizada de forma articulada com os demais serviços da rede municipal e regional em consonância com as normas e diretrizes da Secretaria de Saúde.

CARACTERISTICAS DAS UNIDADES

PRONTO ATENDIMENTO BERTIOGA

O Pronto Atendimento é a porta de entrada do serviço hospitalar do Hospital do Municipal de Bertioga. É através do desse serviço que é oferecido atendimento ao paciente que se dirige ou é levado à unidade hospitalar apresentando ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial à vida, ou que implique em risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

O Pronto Atendimento deverá atender ao conjunto de serviços de urgência e emergência por 24 (vinte e quatro) horas ininterruptamente, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de internação no Hospital Municipal ou transferência para os demais serviços hospitalares de maior complexidade da Baixada Santista de acordo com a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) – Secretaria de Estado da Saúde.

Tanto o paciente que chega ao hospital por porta aberta (demanda espontânea) quanto aquele que é encaminhado ao hospital pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pela Central de Regulação é assistido pelo Pronto Atendimento.

Aos pacientes que se dirigem espontaneamente à Emergência é feita a classificação de risco, de acordo com a gravidade e prioridade de cada caso. Para os que chegam em ambulância, o paciente é logo atendido, tendo o seu risco e prioridade de atendimento avaliados pela equipe multidisciplinar da sala de reanimação (sala vermelha). Isso significa que a ordem de atendimento é definida pela maior ou menor gravidade em que se encontram os pacientes, com prioridade aos mais graves. Logo, o atendimento é realizado pela classificação de risco e não pela ordem de chegada.

O serviço de Pronto Atendimento segundo informação no SCNES 2018 , possui a seguintes instalações físicas para atendimento: 01 sala de nebulização,02 salas de enfermagem, 06 leitos na sala observação pediátrica, 05 na sala observação adulto masculino, 06 na sala observação feminina, 02 leitos de na sala de atendimento ao paciente crítico/sala de estabilização, 01 sala de acolhimento com classificação de risco, 06 consultórios médicos, 01 sal de odontologia, 01 sala de higienização, 01 sala de gesso e 01 sala de curativo. Oferece serviço de Urgência e emergência com estabilização de paciente critico e pronto socorro geral/clinico, serviço de diagnósticos por métodos gráficos dinâmicos com exame de eletrocardiograma, serviço de diagnostico por imagem com radiologia e serviço de traumatologia e ortopedia em urgência.

Segundo edital atende as especialidades de atendimento de

Clínica Médica

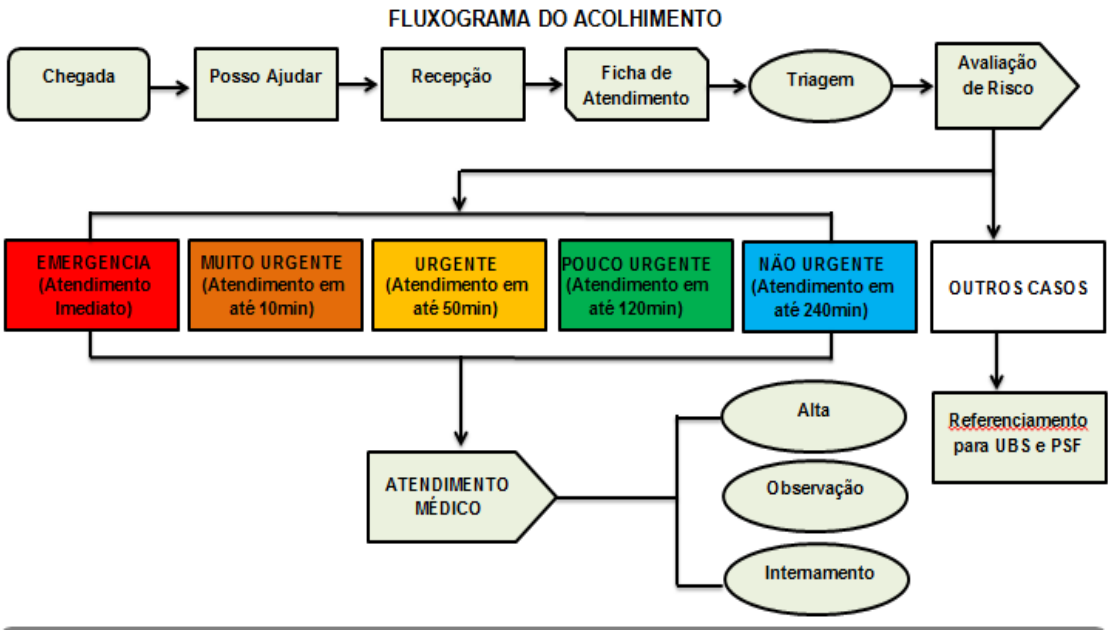
Pediatria

Ortopedia

Odontologia

O modelo de governança do serviço se dará através da Gestão da Clínica definida como conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

Os dispositivos utilizados para a organização do serviço no setor da emergência serão: Acolhimento com Classificação de Risco como um processo dinâmico, que busca a identificação dos sintomas dos pacientes que procuram o serviço, apontando a necessidade de atendimento de acordo com grau de sofrimento e gravidade; Clínica Ampliada como valorização dos diversos saberes profissionais e do trabalho em equipe, como forma de possibilitar a complementaridade do tratamento, atendendo todas as necessidades de saúde do sujeito; Controle de Permanência, Gestão de Leitos e Regulação; Sistema de Avaliação Continua, Educação Permanente; Protocolos Assistenciais e Organizacionais como instrumentos orientadores para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços; Ambiência proporcional as funções e a demanda; Jornada de trabalho horizontal.



O atendimento ao paciente terá a seguinte dinâmica.

Usuário procura o serviço de saúde;

É acolhido pelo ”POSSO AJUDAR” (RECEPCIONISTA DO PA) e encaminhado para retirar uma senha eletrônica prioritária (conforme Lei nº 10.048/2000) ou senha de atendimento comum;

Logo após é encaminhado ao setor de Classificação, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário, identificando-o com pulseira com a cor específica e encaminhado para consulta médica.

Paciente egressos de SAMU e em estado gravíssimo serão encaminhados diretamente para a sala vermelha.

Atendimento médico – Alta/Observação/Internamento.

Os casos atendidos no Pronto Atendimento deverão obedecer ao período máximo de 24 horas de permanência. Ultrapassado o prazo máximo o paciente deverá ser internado no Hospital Municipal de Bertioga.

O PA segue o fluxo de prioritários e integrados com protocolos e Fluxogramas assistenciais dos programas prioritários como exemplos para Linha de Cuidado Cardiovascular: Foco na Atenção ao Infarto Agudo de Miocárdio, Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral, Linha de Cuidado do Trauma: Foco na Atenção ao Politrauma, Protocolo de Sepse, Foco na Linha de cuidado em urgência / emergência Obstétrica, Foco na Linha de cuidado em Urgência/emergência Pediátrica.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco é realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados.

A classificação de risco deve ser executada por um profissional de nível superior, que geralmente é o enfermeiro que tenha uma boa capacidade de comunicação, agilidade, ética e um bom conhecimento clínico.

O paciente que chega à unidade é atendido prontamente pelo enfermeiro, que fará uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o protocolo de Manchester, depois encaminha o mesmo para o local de atendimento. A classificação é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O2, escala de dor, glicemia entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos seis níveis estabelecido pelo sistema.

A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não urgente), 240 minutos.

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência.

Sistematização Do Acolhimento E Classificação De Risco (ACCR):

ETAPAS:

1º ETAPA: Usuários chegam a Emergência por demanda espontânea OU trazidos pelo SAMU 192 e Corpo de Bombeiro Militar OU referenciados de outros serviços como UPAS, UBS/ESF/NASF, CAPS e atenção domiciliar.

2º ETAPA: Acolhimento por profissional treinado no protocolo "Posso Ajudar? " que acolherá a livre demanda através de escuta ativa qualificada e encaminhará para abertura de ficha de atendimento. Caso sejam identificados sinais de alerta, o usuário será encaminhado diretamente à sala de classificação de risco.

3º ETAPA: Abertura de Ficha de Atendimento

4º ETAPA: Classificação de Risco seguindo protocolo institucional pelo enfermeiro que avalia o usuário buscando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato (diminuindo assim sofrimento prolongado, risco de complicações, sequelas e morte evitável), utilizando de informações da escuta qualificada e da avaliação das queixas.

5º ETAPA: Encaminhamento para atendimento médico conforme classificação da gravidade com base na utilização de protocolo institucional que indica a classificação do usuário pelas cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

Confira o tempo de espera médio para cada cor, com exemplo de diagnósticos que se encaixam em cada um. Lembrando que na triagem os sinais vitais são aferidos para a tomada de decisão.

VERMELHO: EMERGÊNCIA – Atendimento imediato

Não será submetido à Classificação de Risco. O atendimento deve ser imediato a pacientes com situações clínicas de maior risco, como: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas, estado mental alterado ou em coma, comprometimentos da coluna vertebral, entre outros.

AMARELO: URGÊNCIA – Até 30 minutos

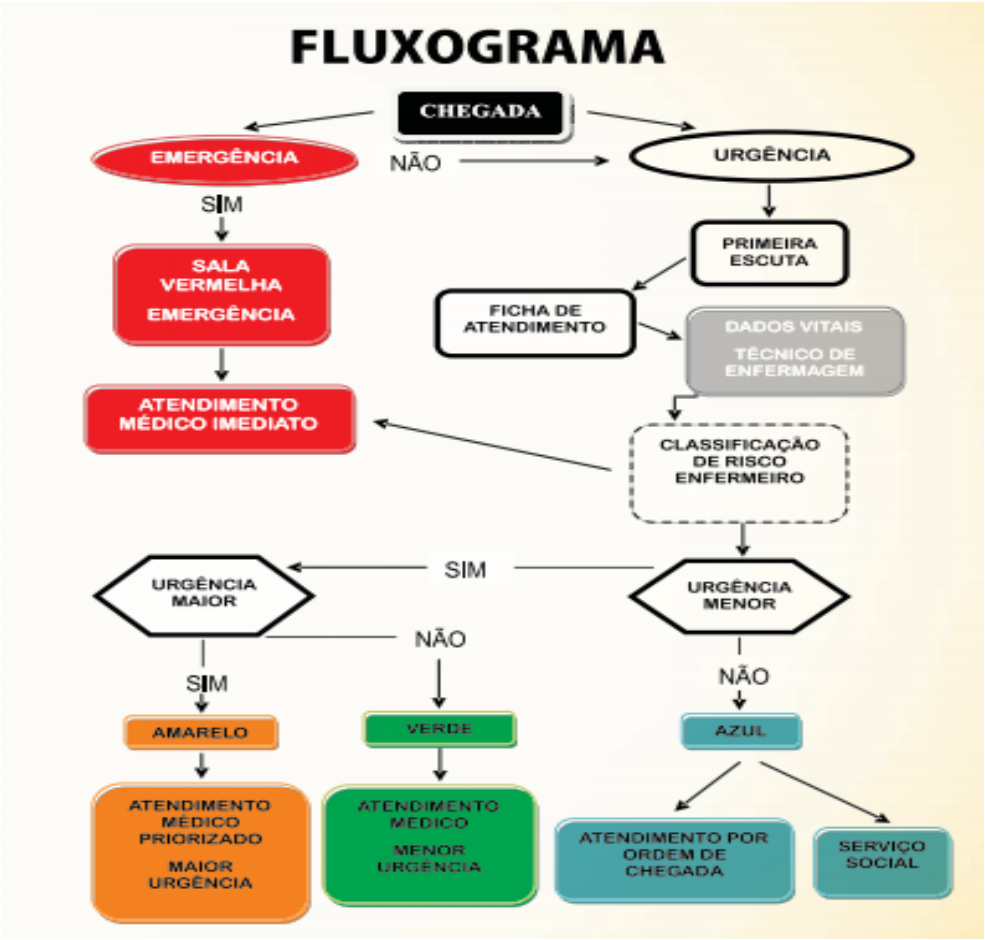
Deverá aguardar atendimento médico em local pré-determinado e ser atendido no máximo em 30 minutos. Os exemplos de pacientes classificados com esta cor são: história de Convulsão, dor torácica intensa, desmaios, entre outros.

VERDE: PRIORIDADE NÃO URGENTE – Até uma hora

Deverá ser informado que poderá haver uma demora no atendimento, pois pacientes mais graves terão prioridade. O tempo limite de espera é de uma hora. Nesse caso, o paciente atendido tem: idade superior a 60 anos, complicações da gravidez, asma fora de crise, enxaqueca com diagnóstico anterior, entre outros.

AZUL: CONSULTAS DE BAIXA COMPLEXIDADE – Até quatro horas

Paciente classificado como azul deverá ser informado que o atendimento será realizado de acordo com o horário de chegada e demanda dos atendimentos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. O tempo limite de espera para este caso é de quatro horas.



HOSPITAL MUNICIPAL DE PERTIOGA

Hospital Municipal de Bertioga é o único equipamento hospitalar no município, faz parte da rede de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde-SUS, integrante e indispensável da estruturação médico-social e sanitária, cuja função básica consiste em proporcionar assistência médica hospitalar de baixa complexidade, oferecer à população um serviço de Pronto Atendimento, exames diagnósticos correlatos, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

O Hospital Municipal de Bertioga está localizado na Praça Vicente Molinari, s/nº, Bertioga – São Paulo. O hospital estrutura-se com perfil de hospital geral de baixa complexidade, com único serviço de maternidade do município. Apresenta área física distribuída em pavimento térreo e piso superior e segundo o SCNES apresenta as instalações físicas abaixo.

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS RN PATOLOGICO	1	3
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CIRURGIA	3	3
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	4
SALA DE RECUPERACAO	1	6

Possui 49 leitos distribuídos da seguinte maneira, conforme consta no SCENES em 10 leitos de cirurgia geral, 15 leitos de clínica geral, 06 leitos de obstetrícia cirúrgica e 06 obstetrícias clínica, 01 de pneumologia sanitária, 01 psiquiatria, 02 de pediatria cirúrgica e 08 de pediatria clínica.

O Hospital Municipal atende as seguintes linhas de cuidado: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, obstetrícia, ortopedia, infectologia e psiquiatria.

A assistência deverá atender Portaria G/M Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente Hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Número de saída mês

Áreas de Internação	Número de saídas/mês
Clínica Médica	70
Clínica Pediátrica	45
Clínica Cirúrgica	72
Obstetrícia	90
Psiquiatria	3
Infectologia	3

Os atendimentos realizados por profissionais médicos especialistas, com título ou residência médica concluída, deverão atender as seguintes especialidades:

(a) Anestesia;

(b) Ginecologia Obstetrícia;

(c) Cirurgia Geral;

(d) Pediatria;

(e) Clínica Médica;

(f) Ortopedia.

Haverá visitas médicas, todos os dias da semana, nos leitos de clínica médica e pediátrica.

Os atendimentos realizados por profissionais deverão atender a título de Inter consulta são:

(a) Psiquiatria;

(b) Neurologia;

(c) Cardiologia;

Todos os atendimentos de Inter consultas ocorrerão no prazo máximo de 48 horas.

Os atendimentos realizados por profissionais médicos a título de cirurgias eletivas são:

a) Cirurgia pediátrica;

b) Cirurgia Geral;

c) Cirurgia Ginecológica;

d) Cirurgia plástica de pequeno porte;

e) Cirurgia Urológica;

f) Cirurgia de Otorrinolaringologia;

g) Cirurgia Oftalmológica.

Com exceção das Cirurgias Ginecológicas, cuja contratação dos serviços médicos ficará sob a responsabilidade do instituto, os profissionais médicos para realização das Cirurgia pediátrica; Cirurgia Geral; Cirurgia Ginecológica; Cirurgia plástica de pequeno porte; Cirurgia Urológica; Cirurgia de Otorrinolaringologia; Cirurgia Oftalmológica serão disponibilizados pela Secretaria de Saúde, por cessão. A oferta da sala cirúrgica e da equipe de apoio, assim como os insumos, deverá ser ofertada pelo INTS.

Quanto às cirurgias eletivas oftalmológicas, serão realizadas no Hospital Municipal de Bertioga, por empresa especializada contratada pela Secretaria de Saúde, devendo o instituto, prever a cessão do centro cirúrgico, bem como profissionais de apoio. Os materiais de insumo, instrumentais e equipamentos necessários para a realização dos procedimentos oftalmológicos serão de responsabilidade do IINTS, pela Secretaria de Saúde.

As gestantes e Mulheres em urgências ou emergências ginecológicas e obstétricas será realizado pela porta de acesso do Hospital /maternidade e não através do Pronto Atendimento, para melhor avaliação e condução do atendimento, optamos por criar condições propícias à um Acesso ao Hospital/Maternidade de maneira diferenciada. Essa será atendida por uma equipe especializada na área e local exclusiva. Desta forma capacitamos uma equipe multidisciplinar a atender este público, viabilizaremos recursos estruturais e ferramentas que amparem a determinação do critério a ser apontado dentro do grau de atendimento. Com isso é possível darmos suporte adequado e rapidez no atendimento desse público mais humanizado.

Os atendimentos realizados por profissionais não médicos serão

(a) Assistente Social;

(b) Odontologia;

(c) Nutrição;

(d) Enfermagem;

(e) Atividades Farmacêuticas (Farmacêutico);

(f) Fonoaudiologia*

*O serviço de fonoaudiologia previsto no quadro de profissionais não médicos, deverá SOMENTE realizar o “Teste da Orelhinha” ou Triagem Auditiva Neonatal de acordo com a linha de Cuidado.

A carga horária de todos os profissionais deverá atender ao preconizado pelos respectivos conselhos de classe.

Todos os profissionais deverão possuir registro nos respectivos conselhos de classe.

Serviço De Transporte (Remoção Intra-Hospitalar E Inter-Hospitalar)

O serviço de remoção hospitalar terá disponíveis 02(duas) ambulâncias básicas para o transporte e remoção intra-hospitalar e inter-hospitalar de pacientes. As mesmas serão de responsabilidade do INTS, assim como as despesas de combustível, pedágio, manutenção, limpeza, licenciamento, multas e seguro e substituições quando necessário.

As ambulâncias acima citadas deverão ter adaptação para, se necessário, transportar pacientes graves monitorizados.

Núcleo Interno De Regulação – Nir

Será implantado plantão administrativo pelo período de 24 (vinte e quatro) horas.

Será responsável pela interlocução com a Secretaria de Saúde, cabendo ao mesmo notificar a quantidade de leitos disponíveis no hospital, para internação e exames, emitindo notificação de vagas em pelo menos 02(dois) turnos diários, de acordo com as normas exaradas pela Secretaria de Saúde.

Terá como função também, organizar o fluxo interno dos usuários referenciados pela Secretaria de Saúde, informando aos diferentes setores de destinação os dados necessários. Incluindo as pacientes com alta hospitalar do serviço de maternidade.

O SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) do Hospital de Bertioga (BE) é uma modalidade de prestação de serviços que utiliza recursos físicos (raio X, tomografia) com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes.

Estará subordinado a Direção técnica e terá um supervisor de unidade.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com a indicação médica do serviço e disponibilidade na rede referenciada municipal

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tem como objetivo atender as demandas da unidade hospitalar e pronto atendimento, bem como as demandas oriundas da Rede de Saúde Municipal. As referências dos serviços serão reguladas pelo Núcleo de Regulação do Município.

Destinam-se à investigação diagnóstica e ações terapêuticas para pacientes internados no Hospital Municipal de Bertioga e Pronto Atendimento.

Os serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, de Radiologia, Laboratório de Análises Clínicas, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia, solicitados em caráter de urgência para pacientes do Pronto Atendimento e pacientes internados no Hospital, estarão disponíveis durante 24 horas por dia, 7 (sete) dias da semana, sendo que o setor de Radiologia e o Laboratório de Análises Clínicas deverão ser instalados no prédio do complexo hospitalar. Os demais poderão ser realizados em serviços especializados sediados no Município de Bertioga.

Destinam-se à investigação diagnóstica e ações terapêuticas para pacientes ambulatoriais Centro de Especialidades Médicas - CEME, Núcleo de Apoio à Criança Especial - NACE, Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, bem como as demandas oriundas da Atenção Básica, desde que referenciados pelos serviços municipais de saúde e Rede de Referência.

O INTS deverá disponibilizar serviço de agência transfusional, de acordo com a legislação pertinente.

Parte do volume de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, será disponibilizado para a rede de saúde municipal e referência, pactuado entre as partes, conforme sazonalidade de demanda, sendo prioritária a assistência hospitalar.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico referentes ao serviço de agência transfusional, originados nos atendimentos na Rede de Atenção Básica e especialidades ambulatoriais, deverão ser encaminhados, de acordo com fluxo pré-estabelecido pela Secretaria de Saúde, ao Núcleo de Regulação, para autorização e agendamento.

O INTS disponibilizará agenda pactuada com a Secretaria de Saúde até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês que antecede a prestação do serviço, para que haja tempo hábil do agendamento dos mesmos, através do Núcleo de Regulação.

Meta de atendimento mês:

Especialidade	Estimativa /mês
Exames laboratoriais e de anatomia patológica	28.000
Radiologia**	8.000
Tomografia ***	100
Ressonância Magnética ***	30
Ultrassonografia geral	1.100
Ultrassonografia com dopller	15

10 gestacionais e 05 vascular/urgência	
Endoscopia Digestiva Alta*(com ou sem biópsia)	30
Colonoscopia	10
Retossigmoidoscopia	05
Mamografia	100

*os procedimentos deverão atender as solicitações médicas, se houver pesquisa de H. Pylori, bem como os procedimentos de biópsias, polipectomias, mucosectomias e escleroses.

** O INTS manterá em funcionamento 02 duas salas equipadas para realização dos exames radiológicos no Hospital Municipal de Bertioga. Os equipamentos móveis deverão ser previstos para uso no centro cirúrgico e enfermarias.

*** O INTS preverá a realização dos exames com contraste e sedação, de acordo com prescrição médica.

Do Funcionamento Do Laboratório

O laboratório clinico e os serviços que realizam atividades laboratoriais possuirá um profissional legalmente habilitado, em conformidade com a legislação vigente, como responsável técnico estará subordinado à direção técnica da unidade.

A direção e o responsável técnico do laboratório clínico e dos serviços que realizam atividades laboratoriais devem ter a responsabilidade por planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos incluindo:

a) suporte por pessoal técnico legalmente habilitado e os recursos necessários para o desempenho de suas atribuições;

b) proteção das informações confidenciais de pacientes ou clientes;

c) responsabilidade do laboratório clínico, dos serviços que realizam atividades laboratoriais e dos profissionais, sobre todo o processo de trabalho;

d) supervisão do pessoal técnico por profissionais de nível superior durante o seu período de funcionamento;

e) produtos, equipamentos e insumos utilizados para diagnóstico de uso “in vitro”, em conformidade com a legislação vigente;

f) utilização de técnicas conforme recomendações do fabricante (equipamentos e produtos) ou com base científica comprovada.

Todos os profissionais dos Laboratórios Clínicos serão vacinados para hepatite B, com comprovação laboratorial da imunização, bem como outras doenças que possam vir a ter sua obrigatoriedade determinada por legislação específica e em conformidade com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI)

O laboratório clínico do hospital de Bertioga:

a) estará suprido com equipamentos e instrumentos necessários ao atendimento de sua demanda;

b) possuirá procedimento escrito de uso do equipamento ou instrumento, que poderá ser substituído pelo manual de funcionamento do mesmo, distribuído pelo fabricante e em língua portuguesa;

c) realizará e manterá registros das manutenções preventivas e corretivas, que devem estar disponíveis durante a vida útil do equipamento ou instrumento;

d) possuirá um plano de manutenção preventiva e um procedimento escrito para as manutenções corretivas;

e) calibrará os equipamentos e instrumentos a intervalos regulares, quando aplicável, mantendo os registros dos mesmos.

O INTS disponibilizar e garantirá o uso, por todos os funcionários, dos equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva (EPC).

O Responsável Técnico pelo laboratório compete:

Definir o nível de biossegurança dos ambientes e/ou áreas, baseados nos procedimentos realizados, equipamentos e microrganismos envolvidos, adotando as medidas de biossegurança compatíveis, em conformidade com o Manual de Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia/MS/Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/2001, suas atualizações ou outro instrumento legal que venha substituí-lo.

Elaborar e viabilizar normas para coleta, conservação e transporte de material de interesse clínico;

Estabelecer e executar rotinas microbiológicas, dentro dos padrões técnico-científicos vigentes, que permitam o isolamento e identificação dos principais agentes infecciosos de importância clínica, por gênero e, se possível, por espécie;

Efetuar o controle de qualidade de suas atividades e dos processos de esterilização;

Divulgar e implementar normas de biossegurança;

Participar junto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do rastreamento epidemiológico dos surtos de infecção hospitalar;

Fornecer periodicamente dados relacionados com a etiologia das infecções hospitalares e da resistência às drogas;

Executar outras atividades afins de natureza não rotineira e de relevância em determinadas situações como, por exemplo, estudos microbiológicos de materiais inanimados, portadores, desinfetantes, etc.

Realizar o Controle de qualidade

Elaborar os POPs que têm como objetivo padronizar todas as ações para que diferentes técnicos possam compreender e executar, da mesma maneira, uma determinada tarefa, garantindo assim qualidade. Esses protocolos devem estar escritos de forma clara e completa possibilitando a compreensão e adesão de todos. Os POPs devem estar disponíveis em local de acesso e conhecido de todos os profissionais que atuam no ambiente laboratorial, revisados e atualizados periodicamente e devem ser assinados pelo responsável do laboratório

Do Funcionamento Do Setor De Diagnóstico Por Imagem

O serviço funciona em tempo integral de segunda a segunda, dispondo de variados exames de diagnóstico por imagem, a citar Raio-x, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, dentre outros. Tem por público alvo de atendimento, pacientes ambulatoriais referendados pelos postos e centros de saúde e pacientes internados na própria instituição hospitalar, pacientes da emergência. Estrá subordinado a Diretoria técnica e será coordenado por um supervisor de área.

Ao supervisor compete:

Definir o nível de biossegurança dos ambientes e/ou áreas,

Elaborar e viabilizar normas para coleta, conservação e transporte de material de interesse clínico;

Efetuar o controle de qualidade de suas atividades e dos processos de esterilização;

Divulgar e implementar normas de biossegurança;

Participar junto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do rastreamento epidemiológico dos surtos de infecção hospitalar;

Executar outras atividades afins de natureza não rotineira e de relevância em determinadas situações.

Realizar o Controle de qualidade

Elaborar os POPs que têm como objetivo padronizar todas as ações para que diferentes técnicos possam compreender e executar, da mesma maneira, uma determinada tarefa, garantindo assim qualidade. Esses protocolos devem estar escritos de forma clara e completa possibilitando a compreensão e adesão de todos. Os POPs devem estar disponíveis em local de acesso e conhecido de todos os profissionais que atuam no ambiente laboratorial, revisados e atualizados periodicamente e devem ser assinados pelo diretor técnico

OBJETIVO

Realizar exames complementares de Diagnóstico por Imagem e Intervenção nos pacientes do SUS, que procurarem o serviço com a finalidade de auxiliar o médico solicitante na elaboração do tratamento.

ROTINAS DE ATENDIMENTO

A supervisão de Diagnóstico por Imagem está dividida em sub-setores que facilitam o atendimento do paciente.

O mesmo e passível de alterações caso haja mudanças significativas na rotina de funcionamento.

Na recepção, o paciente deve apresentar requisições de médicos, em formulários específicos do SUS, para cada tipo de atendimento, quais sejam: pacientes oriundos da enfermaria e ambulatório de postos de atendimento credenciados do SUS.

Após esse atendimento inicial, o paciente deverá ser encaminhado para a sala de exames do procedimento ao qual será submetido, sempre acompanhado por profissional de saúde.

Concretizado o exame, o mesmo será encaminhado para o setor de laudos onde o médico responsável pelo serviço elaborará o exame e o enviará para a sala de digitação, para que como o próprio nome sugere seja digitado.

Exame digitado, este retorna à sala de laudos para revisão do médico responsável a fim de preservar a qualidade do resultado oferecido.

Se estiver tudo correto, o médico assina o laudo e envia para o setor de resultado.

Caso precise de correções, o médico faz as orientações devidas e remete para o setor de digitação novamente, para então poder ser liberado.

No resultado, faz se a coleção do exame com seu fechamento, assim como a classificação do exame de acordo com a origem do paciente, isto é, neste momento, o funcionário observa no cadastro do paciente se ele vem de postos conveniados ou se ele está internado na própria instituição hospitalar.

Ressalta-se que em nenhuma etapa do atendimento não é permitida a cobrança de qualquer valor aos pacientes atendidos.

NORMAS DE ATEDIMENTO O S.D.I

Pretender atingir seus objetivos mantendo boas relações de trabalho por meio de compreensão, cooperação, harmonia e respeito em todos os níveis, sempre considerando os direitos e os deveres de cada parte.

SIGILO

Os assuntos e informações pertinentes aos pacientes, ao seu trabalho não devem ser divulgados a pessoas ou entidades estranhas.

Cuidar para que os papéis e arquivos eletrônicos de seu trabalho fiquem bem guardados e não sejam do local, sem a permissão de seu superior imediato.

ATENDIMENTO AO CLIENTE

É de responsabilidade do setor, ao ser acionado por um cliente, atendê-lo bem, ainda que seja no encaminhamento para outro setor responsável

IDENTIFICAÇÃO

O colaborador deve usar o seu crachá sempre que estiver no ambiente de trabalho e fora dele somente quando estiver a serviço da OS.

REUNIÕES

O colaborador deve participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela diretoria de planejamento.

DESPERDÍCIO DE MATERIAIS

O uso indevido e desnecessário de material implica em aumento de custos.

Portanto deve-se utilizar adequadamente e racionalmente todos os materiais, ferramentas, impressos e suprimentos. Evitando o desperdício

ZELO-USO ADEQUADO DOS RECURSOS/ EQUIPAMENTOS

Cuidar bem dos equipamentos, como máquinas, ferramentas, computadores, móveis, armários, telefones e materiais. Acionamento da área responsável sempre quehouver algum defeito nos equipamentos, instrumentos ou instalações. È de responsabilidade do funcionário do setor a guardar seus equipamentos, instrumentos e ferramentas de trabalho, bem como desligá-los, quando for o caso, antes de sair do seu local de trabalho. Os recursos da empresa estão dimensionados para atender suas necessidades operacionais, agilizar sistemas de informação, integrar colaboradores, reduzir custos e melhorar a eficiência dos processos.

BIOSSEGURANÇA

CONCEITO

Conjunto de normas adotadas no local de trabalho, que visam proteger a saúde do indivíduo, contra qualquer agente de risco.

OBJETIVO

Promover a segurança, a saúde, a qualidade de vida do trabalhador e do paciente.

PRINCÍPIOS

• Socializar os conhecimentos;

• Rever princípios e erros cristalizados;

• Ter senso crítico;

• Detectar erros, admiti-los e corrigi-los.

MEDIDAS GERAIS

- PESSOAL ADMINISTRATIVO

• Evitar permanência em locais contaminados e sujeitos a exposição de radiação.

• Não transportar espécimes potencialmente contaminados;

• Zelo pelo ambiente: limpeza e conservação.

- PESSOAL TÉCNICO

Normas básicas para todas as áreas técnicas

• Usar obrigatoriamente luvas sobre as mangas do avental, somente na área técnica. Ao usa-las não manusear telefones, maçanetas e outros objetos de uso comum;

• Objetos de uso nas áreas técnicas; canetas, lápis, borrachas, etc., não devem ser usados fora do local de trabalho, assim como os EPI`s;

• Cobrir cortes e ferimentos antes de iniciar qualquer trabalho;

• Manter as mãos longe dos olhos, boca e nariz;

• Usuários de lentes de contato, usar óculos nos setores de trabalho;

• Evitar roupas de lã, veludo, fibra grossas, pois liberam milhares de partículas contaminando o ambiente e o usuário;

• Usar cabelos curtos ou presos;

• Não usar anéis, pulseiras e relógios;

• Não alimentar, portar ou armazenar alimentos em locais contaminados;

• Não colocar material contaminado em geladeiras e ambientes de uso do funcionário e paciente;

• Não fumar nas dependências do trabalho;

• Proibir colocação de flores e folhas secas nas áreas técnicas;

• Fazer limpeza e desinfecção da área técnica antes e após a rotina; • Descartar o lixo em local com tampa, pedal e sacos plásticos;

• Lavar as mãos com sabão e desinfeta-las;

• Nunca reencapar agulhas, elas devem ser desprezadas em recipiente próprio. • Vidrarias com rachaduras ou quebradas não devem ser reaproveitadas;

• Evite contaminações acidentais. Caso ocorra, lavar com água e sabão e aplicar antisépticos e notificar chefia imediata;

• Nunca transportar materiais/produtos sem acondicionamento próprio;

• Considerar qualquer material biológico como possivelmente contaminado;

• Não segurar garrafas pelo gargalo;

• Usar sempre os equipamentos proteção individuais recomendados;

• Conscientizar sempre os funcionários da importância das normas de biossegurança.

NORMAS E ROTINAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO

O prontuário médico, ou arquivo médico é o documento que retrata a relação médico-paciente e a hospital e pa é o seu fiel depositário. É um documento protegido pelo sigilo profissional, assim previsto no Código de Deontologia Médica, aprovado pelo Conselho

Federal de Medicina em janeiro de 1988 e equiparado a ato normativo federal, por força da Lei no 3.268/57. A inviolabilidade do segredo profissional é prevista também no art. 154 do Código Penal.

Muito se tem falado sobre a importância do prontuário médico nas ações de indenização de ato ilícito, visto que ele se torna a mais eloquente prova de que o serviço foi prestado, tanto pela equipe de saúde, como pela organização onde ocorreu o atendimento (seja internação ou procedimento cirúrgico). A Resolução 1638 de 2002 do Conselho Federal de Medicina define as premissas para o prontuário médico e cria a Comissão de Revisão de Prontuários.

O Prontuário é a prova material de que a obrigação assumida foi inteiramente cumprida, e caso tenha ocorrido algum dano ou apresentado algum defeito (nos termos do Código do Consumidor), possam ser encontrados os elementos necessários para se comprovar a inexistência, ou do dano propriamente dito ou da responsabilidade.

Por outro lado, e justamente pela importância que tal documento tem para a hospital E PA é que sua guarda deve ser efetiva, independentemente do mandante dos serviços executados.

Enfim, diante da importância do prontuário médico numa unidade de saúde, uma atenção especial deve ser destinada pelos gestores, com espaço adequado, equipamentos, mobiliários e recursos humanos que atendam a demanda prevista.

OBJETIVOS DO SETOR:

1) Registrar e armazenar, por no mínimo 20 anos, a contar do último atendimento, conforme dispõe a Resolução CFM 1.639/2002, e garantir a integridade dos documentos e registros de pacientes;

2) Ser fonte de dados confiável, inteligíveis e recuperáveis, facilitando desta forma, a movimentação diária de profissionais de saúde, auditorias de convênios, podendo fornecer dados estatísticos para estudantes e profissionais graduados que buscam informações para pesquisas e até mesmo do próprio paciente ou de outro designado por ele;

3) Organizar os prontuários médicos gerados pelos diversos setores da UPA.

Composição:

O quadro de funcionários do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos será composto de dois auxiliares administrativos com experiência em arquivamento de documentos. Todos os colaboradores trabalharão em regime de CLT com carga horária de trabalho de 44 horas/semanais.

O funcionário de Arquivo de Prontuário Médico deverá compor o quadro da Comissão de Revisão de Prontuário afim de que os trâmites desta comissão sejam agilizados.

Funcionamento:

Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das Informações e documentos

pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de saúde.

Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na Instituição ou a posteriori se, solicitado pelo próprio paciente ou pessoa formalmente designada.

Fluxo dos Prontuários:

A saída dos prontuários médicos está prevista nas seguintes condições:

I. Consultas– A partir do relatório diário emitido pelas unidades através da marcação de consultas;

II. Consultas – A partir de solicitação da recepção das unidades;

III. Internamentos hospitalares de urgência – A partir da solicitação do setor de internamento no momento da internação;

IV. Solicitações de áreas autorizadas como: Diretoria Geral, Coordenação médica, Gerente Operacional, Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos e Comissão de Infecção Hospitalar, Coordenações de unidades técnicas;

V. Os pacientes ou seus responsáveis legais poderão solicitar a reprodução completa ou parte dos prontuários, desde que devidamente identificados e munidos de documentos necessários comprobatórios.

Ao Serviço de Arquivo compete:

a) manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;

b) receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes de alta e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;

c) controlar a movimentação dos prontuários, requisitada pelos Serviços de Internação e Emergência, para fins de registro, ensino e pesquisa;

d) revisar diariamente os prontuários devolvidos pelo Ambulatório e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;

e) completar os prontuários e entregá-los ao Serviço de Estatística para fins de classificação dos diagnósticos;

f) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

g) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Unidade De Estatísticas

Na Vigilância em Saúde a coleta, análise e interpretação de dados de saúde é essencial para o planejamento, implementação e avaliação da prática da Saúde Pública. O elo final da cadeia de vigilância é a aplicação destes dados para prevenção e controle das doenças. Vigilância é prover informação para ação.

Em Saúde Pública quer com finalidade epidemiológica (estudo das doenças) quer com a finalidade de administração de serviços (planejamento de serviços de melhor qualidade e de menor custo) são necessários dados. Estes dados precisam de um tratamento para gerar informações. Estas informações quando não tratadas de forma epidemiológica e estatística são incorretas e incompletas, daí surgindo à justificativa de se implantar esta unidade.

No âmbito da saúde da população, a formação de um banco de dados é de fundamental importância para retratar os problemas prioritários. Esses dados possibilitam o estabelecimento de prioridades de ações de saúde, que devem ser acompanhadas e avaliadas periodicamente.

O universo de informações gerado por uma unidade de saúde é múltiplo e com inúmeros significados e a ordenação destas informações é de importância fundamental para alcançar os seguintes objetivos:

I. Descrever achados;

II. Estimar parâmetros;

III. Testar a significância estatística (teste de hipóteses).

Para apoio às atividades de Ensino e Pesquisa, controles econômicos, acompanhamentos do controle de infecção (GTCI), bem como para orientar as políticas de Saúde, é fundamental a implantação de uma Unidade de Estatística capaz de estruturar desde a coleta dos dados até o seu tratamento final.

A Estatística irá incluir toda a elaboração que vai desde o planejamento e coleta de dados até a análise e interpretação dos resultados.

Os dados ou informações quando levantados e trabalhados vão constituir as bases para a elaboração do diagnóstico de saúde de uma população e da viabilidade financeira de uma instituição.

Objetivos do setor:

1) Registrar e armazenar, dados referentes aos principais indicadores do hospital e PA (indicadores de desempenho, indicadores de qualidade e indicadores financeiros);

2) Ser fonte de dados confiável para suprir os demais setores do hospital e PA além dos órgãos governamentais de dados importantes para o planejamento e adequação de condutas.

3) Disponibilizar, através de instrumentos informatizados, dados estatísticos para tomada de decisão.

Composição:

O quadro de funcionários do Serviço de Estatística será composto de um técnico (o mesmo do setor de Arquivo).

Ao Serviço de Estatística compete:

a) receber dos vários serviços do Hospital mapas semanais e relatórios de suas atividades;

b) receber os prontuários dos pacientes de alta e classificar os diagnósticos consignados das doenças, operações ou "causa mortis" registrando no sistema informatizado;

c) elaborar mensalmente os indicadores hospitalares para apresentar à direção

d) fornecer dados para fins de pesquisa;

e) encaminhará direção, todas as estatísticas, de acordo com a discriminação padronizada;

f) zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

g) registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

FLUXO DA RECEPÇÃO

O Serviço de Recepção do Hospital Municipal de Bertioga e do Pronto Atendimento será supervisionado pela coordenadoria de Qualidade, Atendimento e Humanização estando subordinado a Direção Administrativa. A equipe será composta por profissionais de recepção que deverá ter como formação escola, no mínimo, ensino médio completo e conhecimento de informática.

Este setor é responsável pelo acolhimento inicial dos usuários e demais pessoas que procuram as unidades de saúde e, portanto, será treinado a desenvolver boa comunicação, escuta acolhedora, empatia e assertividade de modo a prestar um atendimento de qualidade e segurança ao cidadão.

Neste sentido, terão suas práticas norteadas pela Ética, Comunicação, Trabalho em Equipe, Humanização e Profissionalismo, de modo que o serviço proporcione as informações de apoio necessárias à clientela das unidades proporcionando um acolhimento e fluxo adequado, permitindo a manutenção da ordem no ambiente das unidades, dos usuários, acompanhantes, visitantes, fornecedores e colaboradores.

São atribuições do serviço de recepção das unidades de saúde o acolhimento do usuário; ordenamento do atendimento prioritário às gestantes, pessoas deficientes e crianças; o devido registro dos dados dos usuários no cadastro do dados pessoais do prontuário; organização da movimentação interna de acompanhantes, visitantes, profissionais e fornecedores; entre outras atividades que envolvam o acolhimento inicial, o controle de entrada e saída de pessoas e os cadastros dos dados das pessoas que circulem nas unidades.

São funções direta dos recepcionistas:

Acolhimento qualificado dos pacientes, colaboradores e visitantes;

Realizar escuta qualificada dando todas orientações sobre as normas e rotina do hospital;

Preencher todos os documentos necessários para a entrada e saída dos paciente, visitantes e fornecedores na instituição.

Conferir a listagem de clientes para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles e dos enfermeiros responsáveis;

Identificar o visitante / acompanhante:

No caso de visita, anotar os dados de todos os visitantes, para cada cliente internado no conforme normas das instituições. Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente à sua categoria (visitante ou acompanhante)

Encaminhar os visitantes aos porteiros / vigilantes, para liberação da entrada;

Após o horário de visitas verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção;

Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes.

Seleção, cadastro, reprodução, arquivamento, distribuição interna e externa de documentos, correspondências, encomendas, execução de serviços externos, serviços de correios devidamente registrados e autorizados.

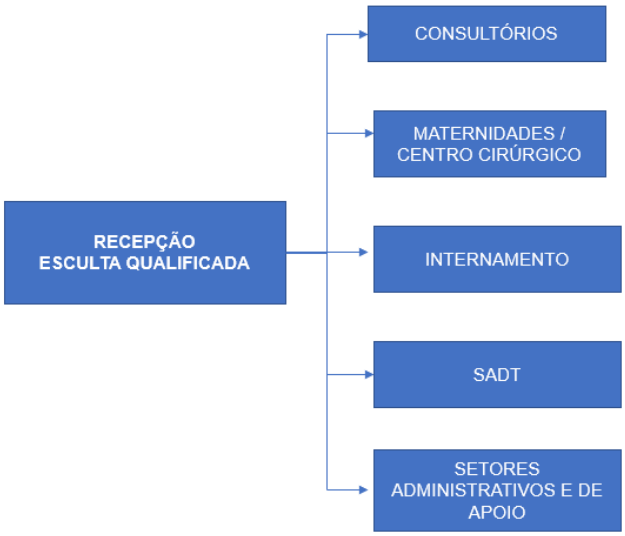
Para cumprir com suas funções e garantir o efetivo funcionamento do serviço de recepção do Hospital e do Pronto Atendimento, o recepcionista deverá realizar o cadastro do paciente no sistema ou identificar o cadastro já existente. Para tanto, deverá:

solicitar o documento de identificação do usuário. No caso de menores de idade ou de pessoas com incapacidade legal solicitar a documentação do responsável que esteja acompanhando;

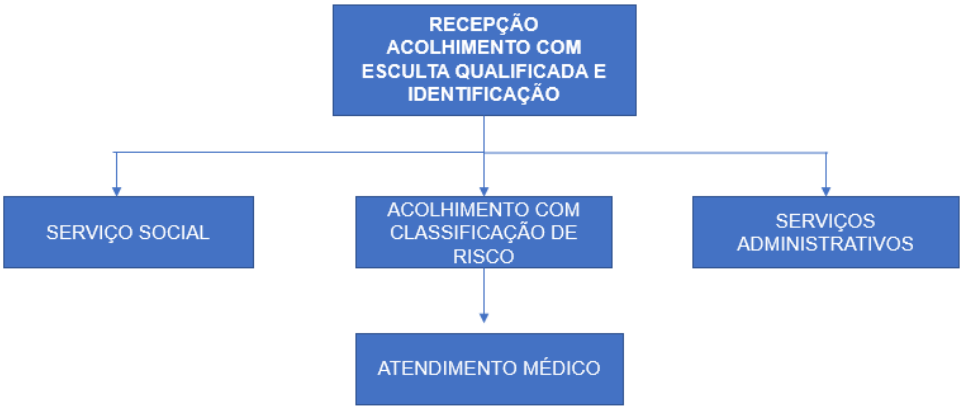
de posse do documento, verificar se já existe cadastro do usuário a ser atendido no sistema de prontuário da unidade. Caso exista, confirmar os dados do documento e atualizar, quando for o caso, dos dados de endereço e telefone. No caso das pessoas sem cadastro, realizar o cadastro completo e, após gerar o número de cadastro, entregar o documento com o comprovante de número de prontuário para que o usuário possa utilizar em outros momentos que busque atendimento;

após a etapa de cadastro, o recepcionista deve encerrar a ficha liberando a mesma no sistema para o chamamento, via painel digital, do próximo atendimento do usuário de acordo com o Fluxo Geral De Atendimento.

No caso dos usuários que busquem atendimento de urgência e emergência, poderá ser dispensado, incialmente, devido ao quadro clínico apresentado, a realização do cadastro do usuário. Ocorre que, após prestado o primeiro atendimento, será de responsabilidade do Serviço Social buscar junto a familiares, acompanhante ou do próprio cidadão, os dados necessários para que seja realizado o efetivo cadastro do mesmo no sistema de prontuários das unidades. Como previsto no Fluxo De Atendimento Na Urgência e Emergência.


RECEPÇÃO
ESCULTA QUALIFICADA
CONSULTÓRIOS
MATERNIDADES / CENTRO CIRÚRGICO
INTERNAMENTO
SADT
SETORES ADMINISTRATIVOS E DE APOIO

Fluxo Geral De Atendimento do Hospital Municipal e Pronto Atendimento de Bertioga



Fluxo De Atendimento Na Urgência e Emergência

O Serviço de Recepção terá manual de normas e rotinas próprios contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas que serão publicados nos primeiros 30 dias de gerenciamento da unidade.

PORTARIA E CONTROLE DE ACESSO

A segurança dos pacientes, familiares e equipe técnica em um ambiente hospitalar exige cuidados específicos. Aos serviços de saúde por apresentarem uma gestão complexa, devido aos diversos tipos de serviços no ambiente, é difícil controlar casos de roubo de medicamentos, evasão de pacientes sem autorização médica, fluxos de pessoas não autorizadas e outros tipos de acidentes. Por isso, controle de acesso em hospitais e de extrema importância.

A segurança patrimonial hospitalar é tão relevante que se encontra em dois dos principais manuais de acreditação internacional: o da Organização Nacional da Acreditação (ONA) e o da Joint Comission International (JCI).

O controle de acesso nas unidades de Bertioga se dará através da portaria e recepção do hospital e pronto atendimento, e conterá normas de circulação na unidade.

Normas

Somente será permito a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências das unidades, quando devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente - o crachá deverá estar posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;

Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;

Na Portaria da emergência só será permitida a entrada de acompanhantes conforme rege a legislações.

Todos os visitantes deverão passar pela portaria e recepção para confecção do crachá de visitante, exceto portadores de necessidades especiais e com impedimento de ordem física, aos quais o espaço seja insuficiente para ter acesso ao local desejado;

O controlador de Acesso indicará a localização de cada enfermaria a ser visitada;

Não será permitido a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.); com comidas. Caso necessite deverá ser encaminhada para o Serviço social.

Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Gerência ou Supervisão de Enfermagem, com formalização na recepção.

Só serão permitir trocas ou revezamento de acompanhantes, somente nos horários definidos pela coordenação ou quando autorizado pelo enfermeiro responsável, o que somente poderá ocorrer na Recepção;

O controlador de acesso realizará rondas durante o horário de visitas, com o objetivo de evita tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;

Não será permitido a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;

O controlador de Acesso deverá impedir a saída de qualquer cliente internado quer sozinho, com o visitante ou acompanhante. O cliente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários;

O setor deverá receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento;

Não será permitido o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhado ás instalações, sem que este esteja devida e previamente autorizado pela Unidade de Saúde Assistencial;

Será controlar o número permitido de visitantes por paciente internado;

, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, deverá ser comunicada imediatamente á Unidade Assistencial para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;

Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;

A entrada dos colaboradores deverá ser permitida mediante apresentação da do crachá funcional de identificação da unidade.

SETOR DE COMPRAS E SUPRIMENTOS

O Setor de Compras e Suprimentos será responsável pela aquisição, controle da qualidade de materiais de consumo, de bens, obras e de serviços das unidades gerenciadas. Obedecerá aos princípios de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento das metas.

O Setor de Compras será centralizado na sede do instituto e estabelecerá as Normas e Procedimentos para a aquisição qualificada de bens e serviços visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades das unidades no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos do Contrato de Gestão e próprios, respeitando as diretrizes da administração pública.

O processo de compras se dará no Setor de Contratos e Compras do INTS, havendo representantes desse setor nas unidades que ficarão com a função de realizar os pedidos, além de monitoramento, controle da unidade. Esse braço do setor será subordinado ao Diretoria Administrativa das unidades e terá a responsabilidade de centralizar, controlar e encaminhar os pedidos de compras para o Setor Geral de Compras do instituto, além de receber os equipamentos, materiais e medicamentos das unidades.

As compras serão realizadas pelo setor de compras do INTS, através sistema de informatizado;

Todas as solicitações de compras para aquisição de produtos que não se enquadrem como estoque, são autorizadas pelos responsáveis do respectivo setor antes de serem encaminhadas ao setor de Compras;

Toda e qualquer compra de insumo ou bem patrimonial, independente do seu valor unitário, deverá ser autorizada pela Direção Geral das Unidades.

Para aquisições que necessitem de elaboração de contrato, os seguintes documentos serão necessários:

I. 03(três) Cotações;

II. Cartão CNPJ do fornecedor a ser contratado, certidões (municipal, INSS, FGTS e Trabalhista);

III Requerimento Empresarial, Estatuto ou outro Ato Constitutivo em vigor do fornecedor a ser contratado.

A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de compras será de responsabilidade do Setor de Contratos e Compras do Instituto.

O INTS somente realizará compras de produtos, insumos em geral, equipamentos de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado. Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer produtos e insumos e equipamentos deverão entrar em contato com o Setor Geral de Contratos e compras do INTS para realizar o cadastro no sistema.

Competências do Setor:

✓ Executar as atividades relativas à aquisição de materiais e contratação de serviços, observando o cumprimento da Lei e demais legislação vigente que rege a matéria;

✓ Realizar levantamento de preços com no mínimo 03 fornecedores;

✓ Organizar e manter o cadastro de fornecedores e prestadores de serviços no Sistema Informatizado devidamente atualizado;

✓ Exigir e conferir dos fornecedores, apresentação de proposta de preços com clareza de especificação e exatidão de valor; validade da proposta, condições de pagamento e modalidade de frete;

✓ Elaborar Mapa Estimativo de Preços, para processos de aquisição de materiais e serviços;

✓ Gerar e transmitir Autorização de Fornecimento ao fornecedor adjudicado e almoxarifado ou unidade requerente;

Procedimento de compras

Área demandante - Emitir a Requisição de Compras – RC, com definição clara do bem e/ou serviço requisitado, especificando as quantidades.

Preencher devidamente todos os campos obrigatórios da RC;

Coletar assinatura de aprovação da chefia direta;

Encaminhar para o setor de compras para realização das cotações;

Analisar as cotações e havendo aprovação, encaminhar para setor de compras para realizar o pedido ao fornecedor e formatar o contrato;

Receber e aprovar a nota fiscal, boletos e/ou demais cobranças, conforme tabela de alçadas;

Encaminhar a nota fiscal e demais cobranças para o Setor Financeiro com as devidas assinaturas e aprovações.

SERVIÇO DE FARMÁCIA

O Serviço de Farmácia será gerido pelo Coordenador de Farmácia/Insumos estará subordinado à direção técnica da unidade, e desenvolverá atividades clinicas e de gestão, que serão organizadas de acordo com as características do serviço.

O INTS irá realizar o processo de seleção dos medicamentos através da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). O elenco de medicamentos irá obedecer aos critérios de seleção estabelecidos pela CFT e deverão seguir os preceitos de eficácia, segurança, qualidade e custo baseando-se em evidencias científicas.

Itens de orientação:

- Manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado (s), atualizado (s) e disponível (is);
- Participação (formal e informal) na aquisição e distribuição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, germicidas e correlatos;
- Programa de educação e treinamento continuado;
- Grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional;
- Sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e procedimentos, minimização de riscos e efeitos colaterais;
- Procedimentos de orientação ao cliente/paciente;
- Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos;
- Ciclos de melhoria com impacto sistêmico;
- Sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem análises e comparações.

Organização específica do serviço de Farmácia:

- Ter Responsável Técnico habilitado;
- Corpo funcional habilitado, dimensionado às necessidades do serviço;
- Controle de medicamentos e correlatos quanto ao armazenamento, estoques satélites e distribuição para as unidades de internação;
- Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o cliente interno e externo, conforme normas e regulamentos vigentes;
- Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos de Farmácia;
- Condições específicas de armazenamento, de acordo com as características físico-químicas dos medicamentos e correlatos;

- Área de dispensação interna para análise das prescrições e guarda dos produtos;
- Programa de manutenção preventiva de equipamentos;
- Condições para lavagem e antissepsia das mãos;
- Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

Atribuições Gerais da Farmácia da Hospitalar.

1. Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades da unidade, realizando aquisição / seleção de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de ressuprimento.

2. Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com as Boas Práticas de Produção e Distribuição, visando a manutenção das naturezas físicas e bioquímicas de suas composições.

3. Realizar seleção e padronização de medicamentos

4. Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura do hospital.

5. Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação.

6. Promover o ensino e treinamento dos funcionários para o trabalho em Farmácia

Compete ao Farmacêutico Responsável Técnico:

• controlar as atividades da Farmácia;

• supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço;

• manter-se em dia com o Conselho Regional de Farmácia;

• identificar problemas na atividade da Farmácia;

• verificar se os protocolos para armazenamento de medicamentos estão adequados;

• solicitar em tempo hábil ao setor de Logística e Suprimentos a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;

• notificar imediatamente a sua chefia os desvios no padrão de consumo de medicamentos e materiais;

• elaborar e revisar continuamente o manual de procedimentos operacionais padrão (POP)

• manter atualizados os registros das ações farmacêuticas;

• realizar a padronização dos medicamentos utilizados na unidade conforme a RENAME

• definir as especificações técnicas e quantidades dos medicamentos;

• assegurar a qualidade dos produtos mantidos em estoque;

• organizar o processo que viabilize a distribuição dos medicamentos por dose individualizada;

• assegurar o uso racional dos medicamentos através da análise da prescrição médica quanto a posologia, via de administração, interação com outras drogas, diluição dentre outros aspectos relevante;

• acompanhar os casos de reação adversa, realizando avaliação e notificação;

• garantir o suprimento constante dos medicamentos mediante cálculo do estoque mínimo e máximo baseado no histórico de consumo;

• desenvolver trabalhos conjuntos com a equipe multidisciplinar.

O controle do uso de psicotrópicos será realizado de acordo com a Portaria n.º2344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, 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 serviço, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

O Farmacêutico deverá de acordo com as normas estabelecidas da entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos registrar em livros e registros específicos que devem conter necessariamente a unidade, 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”.

No Hospital, a farmácia estará composta minimamente com os seguintes itens: escaninhos, estantes, estrados, geladeira, armário com chave, patas de arquivo de espelho, computador e impressora.

Cuidados Especiais:

•. Não armazenar produtos em contato direto com o chão, teto e paredes;

•. Qualquer produto que esteja armazenado no setor com prazo de validade de até 03 (três) meses deverá ter etiqueta amarela de identificação colada, registrado o mês e ano e ter prioridade na saída.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

A dispensação de medicamentos será uma atividade logística da farmácia hospitalar, sendo de responsabilidade do farmacêutico, mediante prescrição médica.

O sistema de dispensação de medicamentos que INTS adotará será o sistema individualizado, ou seja, dispensação de medicamentos por paciente baseado na cópia ou por sistema informatizado da prescrição médica, para um período de 24 horas, a ser organizado e implantado pelo serviço. Os medicamentos serão dispensados em um compartimento identificado com a unidade assistencial, o número do leito, o nome do paciente.

No ato da entrega dos medicamentos em cada unidade de internação, o profissional da enfermagem fará a conferência dos medicamentos recebidos, e disporá no box de cada paciente. Na mesma ocasião serão feitas as devoluções dos medicamentos não administrados nas 24 horas anteriores;

Nas Unidades de Urgências e Emergências e Centro Cirúrgico/Obstétrico e CRPA os medicamentos e materiais médico-hospitalares serão dispensados pela farmácia satélite.

Os carros de emergência terão a padronização dos medicamentos, materiais e equipamentos neles contidos e suas quantidades mínimas necessárias para as 24 horas. A checagem dos carros será realizada pela enfermeira em conjunto com os técnicos de enfermagem e sua reposição será realizada pelo Serviço de Farmácia mediante solicitação.

O farmacêutico deverá realizar rondas no setor de sua responsabilidade, orientando quanto ao uso das drogas e observando as condições de seu armazenamento. O monitoramento e avaliação do sistema de dispensação adotado será efetuada através do acompanhamento dos seguintes indicadores: Custo mensal com medicamentos; Custo mensal com antibióticos; Custo mensal com antibióticos de uso restrito; Custo mensal com material médico-hospitalar; Número global de solicitações ao Serviço de Farmácia; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período diurno; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período noturno.

Para dispensação de medicamento será utilizado o Fluxograma de Dispensação de Medicamentos.

Fluxograma de Dispensação de Medicamentos

Para a dispensação de materiais e insumos, o setor de almoxarifado das unidades atenderão as solicitações realizadas pelos setores das unidades autorizados a solicitar os itens de acordo com os grupos:

Materiais de Nutrição e Dietética: autorizada atender às solicitações da Nutricionista e da Diretoria Administrativa.

Materiais de Expediente, Impressos, Limpeza, Higiene e Segurança: autorizada atender às solicitações dos responsáveis pelos setores especificamente.

Materiais Médico Hospitalar: autorizada atender às solicitações das enfermeiras do plantão designadas por setor pela Coordenadoria de Enfermagem.

Materiais de Órtese, Prótese e Consignado; autorizada atender às solicitações da Diretoria Médica.

Materiais do SAMU: autorizada atender às solicitações da enfermeira do plantão designada pela Coordenadoria de Enfermagem.

Os materiais serão distribuídos aos solicitantes mediante programação diária, exceto em casos de emergência. Para a liberação dos insumos e materiais de qualquer espécie é imprescindível o uso de documento de solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

De posse desta solicitação, o setor de almoxarifado fará a baixa do estoque determinado e, em seguida, a distribuição via carrinho de transporte ou cesta. O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte será treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade

Ao receber os produtos o responsável pelo recebimento no setor solicitante procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, a Unidade de Saúde ou Administrativa deverá comunicar formalmente o setor do almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pela Unidade de Saúde ou Administrativa, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, esta deverá devolver os itens ao almoxarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome da Unidade de Saúde ou Administrativa, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pela Unidade de Saúde ou Administrativa. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução

Na entrega, o colaborador da Unidade de Saúde ou Administrativa, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais expedido pela Unidade de Saúde ou Administrativa, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída.

Deverá ainda inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto à sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada na própria Unidade de Saúde ou Administrativa para eventuais conferências/fiscalizações.

Proposta Manual de Normas e Rotinas

SETOR DE FARMÁCIA HOSPITALAR

(SFH)

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. O presente manual aplicar-se-á ao ocupante do cargo de Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar, do Hospital Municipal de Bertioga.

Art. 2º. O Manual de Normas e Rotinas do Setor de Farmácia Hospitalar do Hospital Municipal de Bertioga, tem por objetivo dispor sobre as diretrizes gerais de composição e funcionamento, bem como estabelecer rotinas e atribuições no desempenho da função.

Art. 3º. O Setor de Farmácia Hospitalar (SFH) tem por finalidade assegurar a realização e registro de ações de planejamento, bem como o acompanhamento e gestão de indicadores de estrutura, processo e resultado, juntamente às unidades que o compõem.

CAPÍTULO II

HIERARQUIA E COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO

Art. 4º. O SFH a que está vinculada ao Coordenador de Farmácia/Insumos que é diretamente subordinada a Diretoria Técnica do Hospital.

§ 1º. O Setor de Farmácia Hospitalar é diretamente subordinado à Diretoria Técnica

§ 2º. Compõem o SFH as Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), de dispensário farmacêutico.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Compete à Chefia do SFH:

I) implementar, monitorar, gerir e avaliar, de forma integrada, o planejamento e a execução das atividades das unidades que compõem o SFH, a serem desenvolvidas nas dependências do Hospital de Bertioga, em consonância às legislações pertinentes;

II) subsidiar a elaboração de normas e rotinas dos serviços vinculados à Farmácia Hospitalar, no âmbito do Hospital de Bertioga, submetendo-as à aprovação da Direção Técnica;

III) implementar o planejamento dos planos de desenvolvimento das equipes;

IV) instituir, conjuntamente às chefias de unidade, os indicadores necessários ao monitoramento de suas atividades;

V) acompanhar e avaliar periodicamente o desempenho das unidades, através da análise crítica dos indicadores de processo e de qualidade instituídos;

VI) gerir o cronograma de férias dos colaboradores diretamente subordinadas;

VII) realizar reuniões periódicas junto às Chefias de unidade, a fim de proporcionar a comunicação eficaz no desempenho individual e coletivo. Estando ao encargo da Chefia do SFH estabelecer a periodicidade e o cronograma;

VIII) subsidiar os colaboradores das Unidades subordinadas para o bom andamento dos respectivos serviços;

IX) Compor a Comissão de Farmacoterapêutica;

X) dirimir quaisquer outras atribuições designadas e solicitadas pela direção do hospital.

CAPÍTULO V

DOS MANUAIS DE PROCEDIMENTOS

Art. 7º O SFH deve garantir que as unidades que o compõem, possuam documento atualizado que descreva de forma clara as atividades realizadas, especificas à cada serviço, assegurando a correta execução e subsidiando a capacitação de funcionários e estudantes.

§ 1º. Compete a chefia e colaboradores a elaboração, atualização e disponibilização (impresso e no site da instituição) de cada manual de normas e rotinas das unidades;

§ 3º. A atualização de que trata o § 1º não deverá exceder o prazo de 24 meses, contados a partir da última atualização,

§ 2º. Compete ao chefe do SFH fornecer o padrão geral (estrutura) e regras de formatação do manual, bem como orientações para elaboração e publicação, em consonância as legislações vigentes.

CAPÍTULO IV

DAS COMISSÕES HOSPITALARES

Art. 8º O chefe do Setor de Farmácia Hospitalar deverá compor, mínima e obrigatoriamente, as seguintes comissões hospitalares:

I) Comissão de Farmacoterapêutica;

II) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

III) Núcleo de Segurança do Paciente;

IV) Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde.

Parágrafo único. O chefe do SFH poderá delegar a participação nas comissões citadas no caput do Art. 8º, quando da impossibilidade de compô-las. Neste caso, deverá comunicar à Direção técnica a justificativa para tal;

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 9º Os casos omissos e as dúvidas referentes à aplicação deste Manual de Normas e Rotinas, não solucionadas no âmbito do Setor de Farmácia Hospitalar, serão dirimidos pelo Direção Técnica do hospital de Bertioga.

CME - Central de Material e Esterilização

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização, à guarda e à distribuição dos produtos para a saúde.

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

Em seu artigo 4°, define:

III - centro de material e esterilização - CME: unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde;

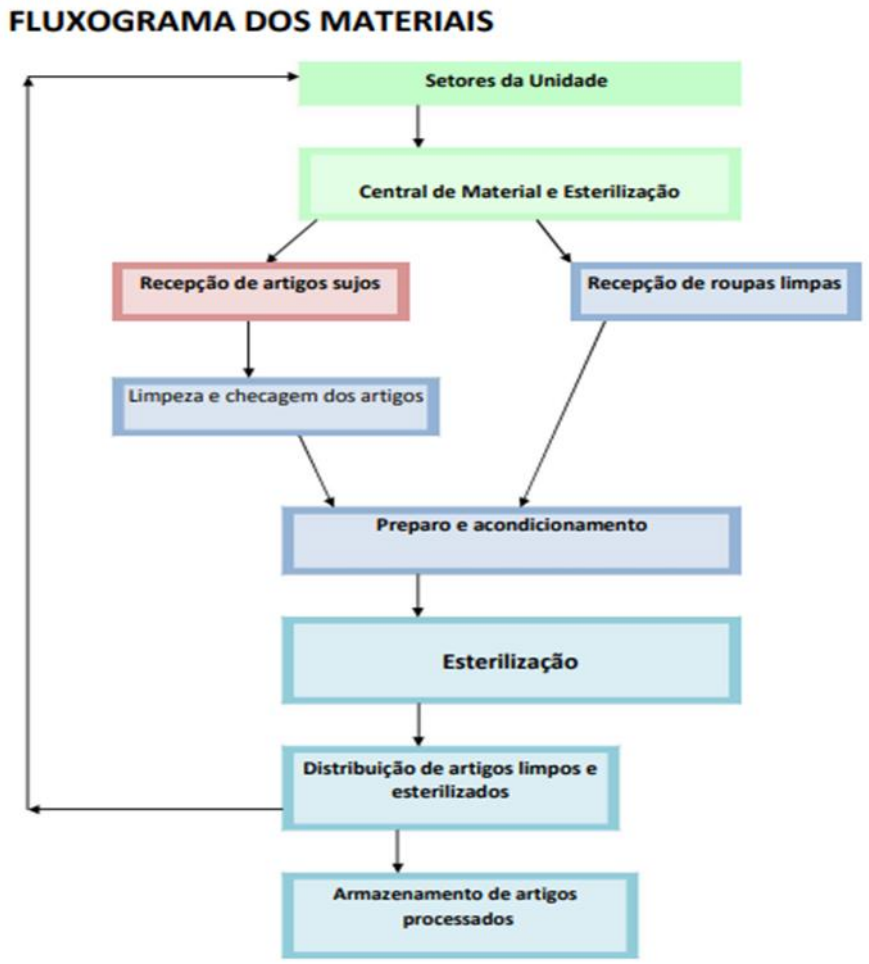
IV - centro de material e esterilização de funcionamento centralizado: unidade de processamento de produtos para saúde que atende a mais de um serviço de saúde do mesmo gestor;

Segundo a RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- lavar esses produtos;
- receber roupas limpas vindas da lavanderia;
- realizar o empacotamento;
- esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;
- realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de

esterilização desses produtos;

- acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;
- zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;



LIMPEZA

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível, orgânica e inorgânica, de um artigo, e, por conseguinte, na redução da carga microbiana.

A presença de resíduos de tecidos e outros fluidos corporais podem resultar na formação de camadas de matéria orgânica que podem ser mais difíceis de serem removidas, situação está chamada de biofilme.

O biofilme é uma forma de organização bacteriana em que a bactéria adere rapidamente às superfícies úmidas e formam colônias organizadas de células envoltas por uma matriz (formada basicamente por polissacarídeos). Sucessivas limpezas inadequadas podem resultar em aumento do resíduo após usos repetidos dos instrumentais, ocasionando falha na esterilização. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos críticos, semicríticos e não críticos. Esse processo deve preceder a desinfecção e a esterilização. A presença de matéria orgânica torna ineficaz as etapas subsequentes uma vez os agentes esterilizantes têm grande dificuldade em penetrá-lo e atingir os microrganismos aderidos às superfícies dos materiais. Além de favorecer a formação de pontos de corrosão no instrumental, diminuindo a sua vida útil.

A limpeza precisa ser feita de maneira rigorosa tendo como objetivos:

 Reduzir carga microbiana natural dos artigos;

 Extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos;

 Remover a sujidade dos artigos.

QUEM REALIZA

Auxiliar /técnico de enfermagem

Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL

Enfermeiro

INDICAÇÃO

Imediatamente após o uso do artigo, caso não seja possível, colocar o material totalmente submerso em água potável.

PRODUTO

Detergente: há duas classes principais de detergentes usadas no processamento de artigos: os detergentes químicos que podem ser ácidos, alcalinos ou neutros e os detergentes enzimáticos que tem pH neutro.

Detergente enzimático

 Promove a remoção da matéria orgânica em curto período de tempo através da ação de enzimas que decompõe o sangue e fluídos corporais aderidos aos artigos, facilitando sua remoção.

 Facilita a limpeza de locais de difícil acesso ou lúmem estreito.

 Seu uso não substitui a fricção dos artigos durante o processo de limpeza.

 Resíduos desse produto pode provocar eventos adversos ao paciente caso não sejam adequadamente removidos.

 Os materiais não devem ficar expostos a solução de enzimático por tempo prolongado, pelo fato dessa solução tornar-se substrato para as bactérias, após esse período, propiciando um aumento da contaminação dos artigos.

 Verificar o modo de diluição, o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante;

 A troca da solução deve ser feita conforme orientação do fabricante,

 Privilegiar o uso de recipientes pequenos, para evitar gasto excessivo do produto;

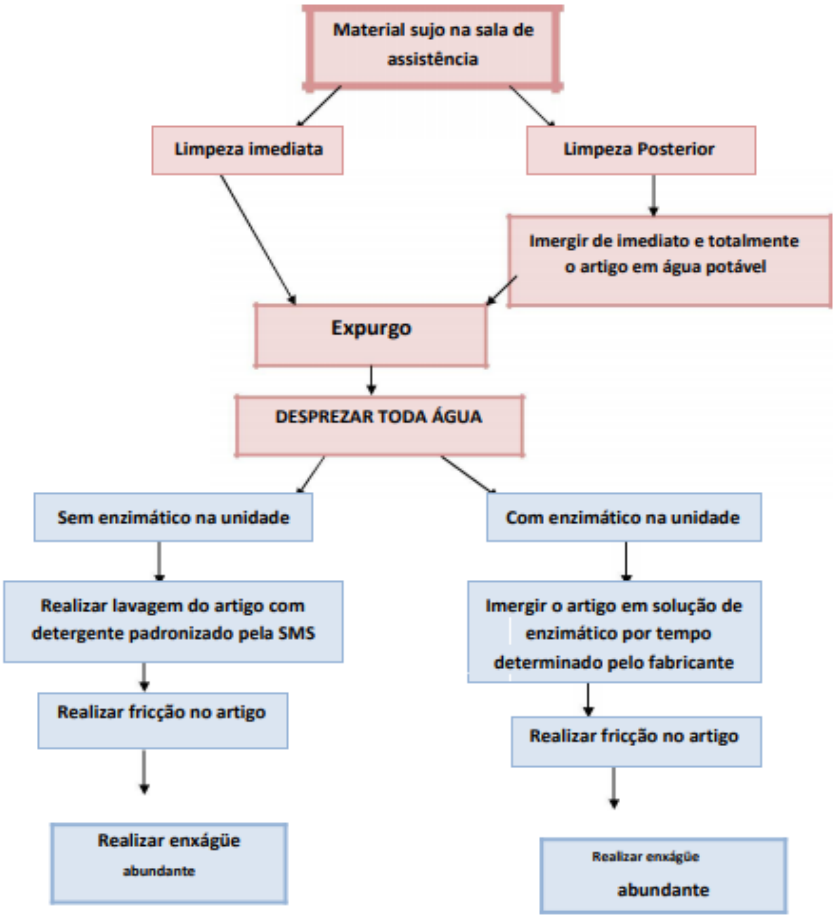
 A solução de enzimático deve ser identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

Exemplo

SOLUÇÃO: ----------
PREPARO data:_____ Horário:_____

VALIDADE data: ---------- Horário----------

FLUXO DO PROCESSO DE LIMPEZA



DESINFECÇÃO

Processo que elimina micro-organismos presentes em superfícies e artigos, porém com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói todas as formas de vida microbiana, principalmente esporos.

Dentre os fatores que podem interferir no processo de desinfecção cita-se: presença de matéria orgânica e/ou inorgânica, o tipo de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida e configuração física do artigo (Ex: fissuras e lúmen).

A desinfecção leva em consideração o espectro de ação e de acordo com RUTALA, 200 pode ser classificada em:

 Alto nível: elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos. Mycobacterium tuberculosis, enterovírus, maioria das bactérias vegetativa, fungos e vírus pouco resistentes. Produto utilizado: glutaraldeído 2%, ácido peracético 1%, hipoclorito de sódio 1%.

 Nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos, vírus lipídicos e alguns não lipídicos, mas não elimina as bactérias esporuladas. Produto: hipoclorito de sódio 1%, álcool 70%.

 Baixo nível: elimina a maioria das bactérias vegetativas, alguns vírus e fungos. O processo não é indicado para microrganismos resistentes como o bacilo da tuberculose ou os esporos bacterianos. Produto: quaternário de amônia.

QUEM REALIZA

Auxiliar /técnico de enfermagem

Auxiliar/técnico saúde bucal

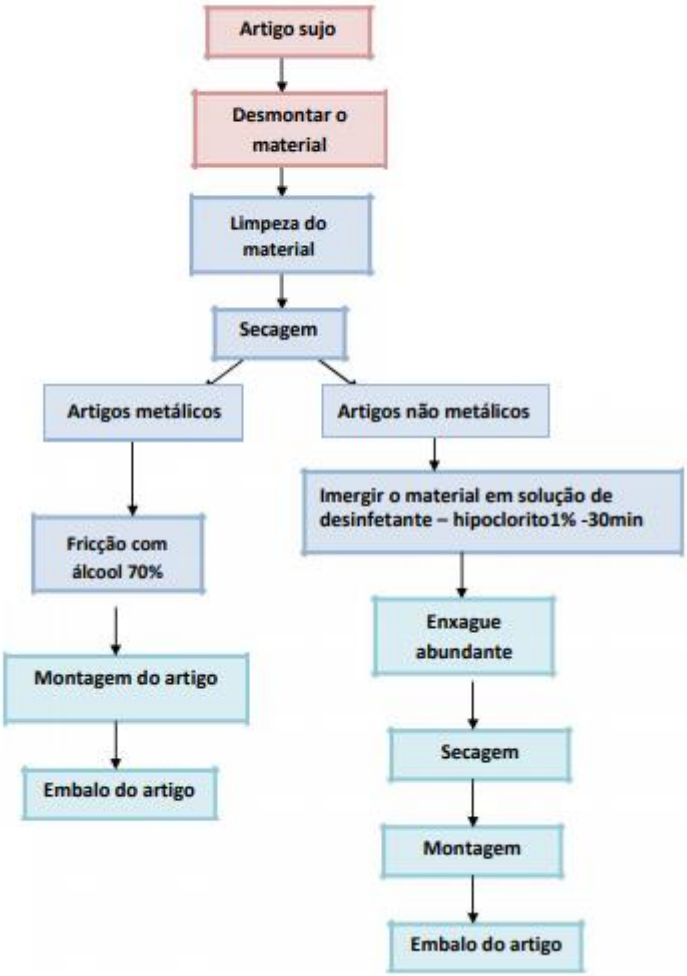
RESPONSÁVEL

Enfermeiro

INDICAÇÃO

Artigos semicríticos, ou seja aqueles que entram em contato com membrana mucosa ou pele não íntegra, exemplo: inaladores, peack flow, extensões, lamina laringoscópio, especulo otológico e para alguns artigos não críticos que se contaminam maciçamente com matéria orgânica como comadre e papagaio.

FLUXO PARA DESINFECÇÃO



PREPARO E EMPACOTAMENTO

Esta fase consiste no preparo e condicionamento dos materiais de acordo com o processamento escolhido, em invólucro compatível com o processo e o material.

Tem como objetivo manter a esterilidade do artigo, a vida útil, condição para transporte e armazenamento até sua utilização favorecendo transferência asséptica, sem risco de contaminação.

QUEM REALIZA

Auxiliar /técnico de enfermagem

Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL

Enfermeiro

INDICAÇÃO

Indicada para todos os artigos que passam processo de desinfecção e esterilização.

Tipos de embalagem

Tecido de Algodão

Os campos de tecido estão entrando em desuso pela necessidade de monitoramento da vida útil desse material. As frequentes lavagens e esterilizações, fazem com que as fibras de algodão encolham e aumentem de tamanho sucessivas vezes, gerando desgaste do material. Além disso outros fatores interferem negativamente no uso do tecido como:

 Especificações da confecção dos tecidos a serem utilizados como campo: NBR 14027 e 14028;

 Difícil controle da quantidade de número uso;

 Baixa vida útil por desgaste precoce das fibras;

 Baixo grau de eficiência como barreira microbiana

 Ausência de resistência à umidade,

 Alta absorção podendo impregnar com produtos químicos

Papel grau cirúrgico

Tem como vantagem a facilidade de visualização do material e manuseio, fechamento hermético, resistência e alto poder de filtragem microbiana.

Os artigos médico-odontológicos deverão ser empacotados em papel grau cirúrgicos de preferência. Somente, em situação de impossibilidade do uso dessa embalagem, deverá ser usado tecido de algodão para tal procedimento.

A embalagem deve conter o indicador químico que demonstra que o pacote foi exposto ao processo. Toda equipe da unidade deverá ser treinada a verificar esse indicador antes de usar o material.

A termosselagem adequada é de extrema importância pelo fato do fechamento hermético garantir a manutenção da esterilidade. Devem ser evitadas rugas e dobras. Recomenda-se selagem de pelo menos 3 cm de distância da borda para abertura asséptica.

Recomendações para preparo e empacotamento dos artigos

 Realizar higienização das mãos antes de iniciar o procedimento;

 Utilizar EPI – luva de procedimento não estéril, avental, gorro e sapato fechado

 Utilizar a pasta com a listagem dos materiais a serem colocados em cada pacote;

 Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade, ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos;

 Selecionar a embalagem de acordo com o processo: desinfecção (saco plástico), esterilização (papel grau cirúrgico);

 Arrumar os instrumentais com as peças mais leves e menores sobre os maiores e mais pesados;

 Pinças curvas com a curvatura voltada para a tampa da caixa ou parte plastificada do papel grau cirúrgico;

 Cúpulas com a abertura voltadas para parte de papel;

 Cabos dos instrumentais voltados para a abertura de selamento do papel grau cirúrgico;

 Avaliar a necessidade de utilização de embalagem dupla (materiais pesados ou pontiagudos);

 Materiais perfuro-cortantes deverão receber capa de proteção em suas extremidades;

 Realizar o ajuste das embalagens duplas, verificando se elas não apresentam dobras internas e se estão acomodadas às partes externas;

 Selar a embalagem – deixar 3cm de borda;

 Identificar o material com data de esterilização, ciclo, data de validade e responsável;

 Não é recomendado escrever na parte de papel do invólucro, na impossibilidade de etiqueta, fazer o registro na aba (parte voltada para o lado do filme evitando assim manipular o material para checagem da data) a ser utilizada para abrir o pacote;

 Observar se a selagem está íntegra. Pequenas falhas na selagem permitem a entrada de microrganismo;

 Utilizar tamanhos adequados de papel para cada artigo, evitando que os pacotes fiquem repuxados ou que haja sobre papel grau cirúrgico;

 Encaminhar para esterilização.

ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um processo que visa a destruição de todas as formas de microrganismos presentes nos artigos. Um produto para saúde é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor que 1:1. 000.000.

Esterilidade ou nível de segurança é a incapacidade de desenvolvimento das formas sobreviventes ao processo de esterilização durante a conservação e a utilização de um produto.

Dentre os vários tipos de processo de esterilização existentes, pronto atendimento, SAMU, SADT e especialidades, devem utilizar o processo de calor úmido sob pressão (autoclavação). Este processo é o de maior segurança por destruir todas as formas de vida a temperatura de 121ºC a 134ºC.

QUEM REALIZA

Auxiliar /técnico de enfermagem

Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL

Enfermeiro

INDICAÇÃO

Indicada para esterilização de artigos críticos resistentes ao calor

ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO - AUTOCLAVES

Empregada na esterilização de artigos resistentes ao calor e a umidade. É realizado em vasos de pressão denominados autoclaves, onde os microrganismos são destruídos pela ação combinada do calor, da pressão e da umidade, que promovem a termocoagulação e a desnaturação das proteínas da estrutura genética celular. Portanto, os fatores críticos são: o calor, a umidade, o tempo, a pressão e a qualidade do vapor. Quando há aumento da temperatura, o tempo necessário para esterilização diminui e vice-versa e não se pode obter uma redução na temperatura do vapor saturado sem correspondente diminuição da pressão e vice-versa. Em regiões de elevadas altitudes, é necessário usar maiores pressões do vapor para se obter a mínima variação de temperatura para esterilização. Quanto à qualidade do vapor, nas autoclaves mais utilizadas é o vapor saturado seco, por ser a forma mais efetiva de vapor para a esterilização. Nesta forma o vapor é capaz de circular por convecção. Este processo permite sua penetração em objetos porosos.

Autoclaves pré-vácuo

Neste modelo o ar é removido previamente, com formação de vácuo, quando o vapor é admitido penetra instantaneamente nos pacotes, com pouca chance de ar residual.

Devido a este mecanismo o processo é mais rápido e eficiente. O vácuo pode ser obtido através de uma bomba de sucção com formação de vácuo num único pulso (alto vácuo) ou através de seguidas injeções e retiradas rápidas de vapor em temperaturas ligeiramente inferior à do processo (pulsos de pressurização). O segundo sistema é mais eficiente.

Prazo de validade após esterilização

O prazo de validade dos materiais esterilizados está relacionado a:

- Integridade da embalagem (ausência de rasgos, perfurações, fissuras;
- Ausência de manchas ou umidade no pacote;
- Ausência de sujidade no pacote;
- Presença da ativação do integrador químico;
- Local de armazenamento.

Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionada as condições de estocagem e integridade das embalagens.

Monitoramento Dos Processos De Esterilização

O controle dos processos de esterilização se dá através do monitoramento mecânico e físico da autoclave, e do monitoramento químico e biológico dos ciclos.

QUEM REALIZA

Auxiliar /técnico de enfermagem

Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL

Enfermeiro

INDICAÇÃO

Todos os ciclos da autoclave

TIPOS DE MONITORAMENTO

Monitoramento mecânico – está relacionado ao equipamento de esterilização.

Deverão ser feitos registros de manutenção corretiva e preventiva, em impresso próprio ou livro de registro de intercorrências da C.M.E.

Na manutenção corretiva as intercorrências com a autoclave deverão ser comunicadas ao enfermeiro de imediato, e deverão ser registradas, contendo:

- Data da ocorrência.
- Enfermeiro que foi comunicado.
- O problema detectado no equipamento.
- Data –horário- nome para quem foi solicitada a manutenção no almoxarifado.

 Nome do responsável /empresa pela execução da manutenção-

 Descrição do serviço realizado.

 Resultado do teste biológico após conserto (2 testes biológico de 3 horas seguidos, sem carga), registrando a realização dos mesmos, especificando o número da carga em impresso padronizado para anotação de indicadores biológicos.

 Assinatura do enfermeiro após realização de todo processo de manutenção e autorização para liberação de uso.

A manutenção preventiva deverá ser feita uma vez por ano, e a corretiva sempre que necessário, devendo ser registrada em Livro e guardada documentação deixada pela empresa contratada.

Monitoramento físico

Deverá ser feito registro do tempo, temperatura e pressão durante todo o ciclo de esterilização, em impresso próprio pelo responsável pela esterilização, com especial atenção à fase de esterilização propriamente dita.

Monitoramento químico

Atualmente utiliza-se apenas o indicador químico classe 1 (de processo) que são tintas termocrômicas (substância que sofre reação em mudança de ambiente térmico) que tem os objetivos de identificar e diferenciar os produtos para a saúde que foram processados e os que não foram. Estão presentes nas bordas do papel grau cirúrgico.

Os responsáveis deverão conferir a viragem deste integrador na retirada do material da autoclave, e na distribuição dos mesmos aos setores da unidade. Toda a equipe da unidade deve ser treinada a conferir esse indicador antes de utilizar o material. Caso esse indicador não esteja presente no pacote ou não apresentou a viragem, o material não deve ser usado.

Monitoramento biológico

É o realizado por meio de indicadores biológicos contendo uma população de 105 a 106 de micro-organismos esporulados, resistentes ao agente esterilizante.

A recomendação é que seja realizado diariamente no primeiro ciclo da autoclave. Sendo a leitura realizada 3 horas após a incubação, só após a análise destes monitoramentos, as cargas serão liberadas.

As cargas não devem ser liberadas quando:

 Houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão);

 Os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização;

 Indicador biológico der resultado positivo.

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

Os monitores mecânicos, físicos, químicos e biológicos devem ser utilizados de forma rotineira, afim de determinar a eficácia do processo de esterilização ou presença de falhas, devendo os resultados serem arquivados por 5 anos e com ciência do enfermeiro.

Procedimentos para realizar o teste biológico

INDICADORES BIOLÓGICOS 3 HORAS - conforme fabricante atual

1. Ligar a incubadora 290 a uma tomada de corrente terra (tripla);

2. Deixar transcorrer o período de aquecimento. Aparecerá o código C1 (aquecendo). Aguardar até este código desaparecer do visor. Isto significa que a incubadora chegou na temperatura ideal. (Importante manter a tampa da incubadora sempre fechada). Anotar no rótulo do frasco de Indicador Biológico o número da carga, data, e posição do pacote-teste na autoclave, conforme protocolo da instituição;

3. Colocar o pacote desafio contendo o indicador biológico e posicioná-lo acima do dreno;

4. Processar o ciclo de acordo com as recomendações do fabricante da autoclave;

5. Ao final do ciclo, retirar o pacote teste da autoclave e após o total resfriamento da ampola-teste, fechar completamente a tampa do indicador biológico, exercendo pressão sobre a mesma;

6. Abrir a tampa da incubadora e colocar a ampola-teste no compartimento central da mesma, indicado como “crusher”, e mover para o lado oposto, a fim de obter a quebra da ampola interna de vidro (que contém o meio de cultura);

7. Após, segurar o Indicador Biológico pela tampa e golpear a parte inferior da ampola sobre a superfície de uma mesa até que o meio de cultura umedeça a tira de esporos na parte inferior da mesma. (Não golpear a ampola sobre a incubadora);

8. Abrir cuidadosamente a tampa da incubadora e colocar o Indicador Biológico em um dos alojamentos de leitura/incubação. Em seguida, acenderá uma luz amarela correspondente ao alojamento utilizado, indicando que a incubação está em processo,

9. Fechar a tampa da incubadora e aguardar que a luz vermelha ou verde indique o resultado.

Atenção

 As ampolas deverão ser manipuladas segurando-as sempre da tampa e fundo da ampola, nunca em seu corpo

 Ao termino da incubação tanto a ampola teste como a controle deverão ser desprezadas em caixa de resíduos perfuro-cortante.

AMPOLA-CONTROLE (POSITIVO)

1. Identificar a ampola-controle conforme protocolo da instituição com um C. O indicador químico que se apresenta no rótulo (faixa rosada), não sofrerá alteração na coloração, pois não passará pelo processo de esterilização.

2. Fechar completamente a tampa da ampola-controle, exercendo pressão sobre a mesma;

3. Abrir a tampa da incubadora e colocar a ampola-controle no compartimento central da mesma, indicado como “crusher”, e mover para o lado oposto, a fim de obter a quebra da ampola interna de vidro (que contém o meio de cultura);

4. Após, segurar o Indicador Biológico pela tampa e golpear a parte inferior da ampola sobre a superfície de uma mesa até que o meio de cultura umedeça a tira de esporos na parte inferior da mesma. (Não golpeie a ampola sobre a incubadora);

5. Abrir cuidadosamente a tampa da incubadora e colocar o Indicador Biológico em um dos alojamentos de leitura/incubação, sempre colocar a ampola controle no mesmo compartimento;

6. Em seguida, acenderá uma luz amarela correspondente ao alojamento utilizado, indicando que a incubação está em processo. Fechar a tampa da incubadora e aguardar. Neste caso, o resultado esperado é positivo (luz vermelha).

CONSIDERAÇÕES

- Tampa - deve permanecer fechada;
- Relógio - identifica tempo restante incubação;
- Alarme - aciona ao resultado positivo e retirada ampola;

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Luz amarela: indica que a incubação está em processo. Após a colocação da ampola no alojamento, a mesma deve obrigatoriamente acender. Caso não aconteça, recoloque a ampola.

Luz vermelha: indica resultado positivo do Indicador Biológico, em seguida soará um alarme.

Luz verde: indica resultado negativo do Indicador Biológico. Este resultado somente acontecerá após a finalização do tempo de incubação total, ou seja, somente após 3 horas (caso da ampola 1292) ou em 01 hora (caso da ampola 1291).

Obs: quando a luz vermelha ou verde se acender, o Indicador Biológico já pode ser retirado do alojamento. Enquanto a luz amarela estiver acesa, o mesmo não deverá ser retirado ou tocado. Caso isto ocorra soará um alarme e aparecerá o código C2 no visor.

Em 10 segundos, se o Indicador Biológico não retornar ao alojamento a leitura será desconsiderada, e reiniciará a contagem do tempo.

O QUE É UM CONTROLE POSITIVO?

É um indicador biológico de mesmo lote sem processar, que se incuba ao mesmo tempo que os IB's processados.

 Ampola NÃO esterilizada (marcada com a letra "C"), de mesmo lote e data de fabricação da ampola teste;

 Frequência: TODO DIA que se incube e leia um IB processado;

 Colocado sempre no1 º alojamento da direita: resultado, acenderá a luz vermelha;

PARA QUE SERVE?

GARANTE

 Que as temperaturas de incubação são adequadas;

 Viabilidade dos esporos;

 Capacidade do meio para promover o crescimento rápido;

 Correto funcionamento dos componentes da Incubadora Rápida.

A realização do teste biológico deverá ser registrada em impresso próprio e etiqueta do tubete com indicador químico do teste deverá ser colada no mesmo. A enfermeira responsável pela esterilização deverá dar visto todos os dias no impresso de registro do teste biológico.

ALERTA: No teste biológico de terceira geração, a leitura é feita na incubadora através de luz ultravioleta após 3 horas de incubação. A ausência de fluorescência indica que as condições de esterilização foram atingidas e a enzima alfa-D-glicosidase e os esporos destruídos.

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

A área de estocagem deve facilitar a localização do item e manter a integridade da esterilização e conteúdo.

Os materiais podem ser armazenados em prateleiras fechadas ou abertas.

Contudo, as prateleiras abertas merecem maior atenção no que se refere ao controle de fluxo de pessoal, limpeza e ventilação. E devem manter distância de teto, piso e paredes.

QUEM REALIZA

Auxiliar /técnico de enfermagem

Auxiliar/técnico saúde bucal

RESPONSÁVEL

Enfermeiro

INDICAÇÃO

Todos os materiais esterilizados e desinfetados destinados à saúde.

Recomendação para artigos esterilizados

 Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estocá-los ou removê-los da autoclave;

 Estocar os produtos esterilizados em local de acesso restrito, separados de itens não estéreis, em ambiente bem ventilado,

 Proteger esses produtos de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico;

 Estocar os itens estéreis a uma distância de 25 cm do piso, de

 Fazer a estocagem dos pacotes dos artigos de modo a não comprimir, torcer, perfurar ou comprometer a sua esterilidade, mantendo-os longe de umidade;

 Guardar e distribuir os produtos no estoque obedecendo a ordem cronológica de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos;

 Estocar os produtos onde há condições de segurança patrimonial para que não haja extravios;

 Efetuar inspeção periódica dos itens estocados para a verificação de qualquer degradação visível e validade pelo menos 1 vez por semana;

 Atentar para o prazo de validade do papel grau cirúrgico;

 Proteger os materiais de contaminação durante o transporte;

 Evitar manipular o material várias vezes (o ideal é que seja manipulado no máximo quatro vezes).

NÂO utilizar os artigos que apresentarem as seguintes alterações

 Pacotes com papel grau cirúrgico amassado, rasgado, torcido;

 Pacotes que caírem no chão;

 Invólucro com umidade ou mancha;

 Suspeita de abertura da embalagem;

 Presença de sujidade no pacote ou no material;

 Pacote não íntegro;

 Prazo de validade expirado.

Recomendação para artigos desinfetados

 Após a desinfecção dos artigos, estes deverão ser embalados em sacos plásticos, identificando data de realização processo, data de validade (7dias) e responsável pelo procedimento;

 Armazenar em armários separados dos materiais estéreis;

 Nas salas de inalação, onde existe grande quantidade desse procedimento, os inaladores podem ser armazenados sem caixa plástica tampada após a desinfecção;

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

A Norma Regulamentadora nº 6 (NR 6) define EPI como todo dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.

O INTS é obrigada a fornecer os EPI aos trabalhadores, e os trabalhadores tem como obrigações usá-los para a finalidade a que se destina; responsabilizar se por sua guarda e conservação; não levá-los para fora da área técnica e comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para o uso.

A utilização do EPI na C.M.E dependerá da área em que serão utilizados.

No expurgo, deverão ser utilizados:

 Avental impermeável para proteção anterior do corpo contra umidade e fluidos orgânicos

 Avental de manga longa: complementar ao avental impermeável

 Luva de borracha antiderrapante e preferencialmente de cano longo

 Luvas de procedimentos não estéreis, utilizadas na secagem de materiais já limpos.

 Máscara, durante a lavagem manual pela possibilidade de respingos

 Botas impermeáveis ou no mínimo sapato fechado, para proteção dos pés.

 Óculos de acrílico, durante a lavagem manual pela possibilidade de respingos

 Gorro evitando que haja contato das mãos com o cabelo e evitando possível queda de cabelos nos instrumentais a serem processados.

Na área de preparo de materiais recomenda-se o uso de luvas de procedimento não estéreis, avental e gorro.

Na área de esterilização os profissionais deverão realizar lavagem de mãos rigorosa para manipulação de matériais estéreis e desinfetados

A adoção de “Práticas de Controle de Riscos Ocupacionais Biológicos entre Trabalhadores” são medidas de biossegurança visando a proteção à saúde do trabalhador diante de riscos biológicos, os programas de capacitação, controle de acidentes, a vacinação são ações destas práticas.

A lavagem das mãos, o uso de luvas e os EPIs são medidas de prevenção que jamais devem ser esquecidas

HIGIENIZAÇÃO DO EXPURGO

A higienização diária deverá ser feita pela enfermagem/odontologia em bancadas e pias e as colaboradoras da limpeza o chão.

 Após lavar todos os materiais, o profissional escalado no expurgo deverá deixar o local em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas;

 Deixar a caixas plásticas vazias e limpas quando não houver materiais em imersão na passagem do plantão;

 Lavar as luvas de borrachas e pendurá-las para secar;

 Após retirada dos EPIs, fazer lavagem das mãos;

 A limpeza terminal quinzenal deverá seguir as orientações abaixo:

 As prateleiras são desocupadas pelos colaboradores da enfermagem sendo os pacotes colocados sobre a mesa ou bancada;

 Proteger com saco plástico as embalagens evitando que molhe durante a limpeza;

 Os profissionais da enfermagem limpam as prateleiras álcool 70% e após estarem secas colocam os pacotes e caixas em seus lugares;

 A mesa deverá ser limpa pela enfermagem com pano embebido em água e detergente neutro. Após, retirar o detergente com pano embebido em água, secando em seguida;

 As colaboradores do serviço de higiene, higienizam as paredes e o teto conforme protocolo de higienização.

 Janelas, portas, luminárias também conforme protocolo de higienização;

 Os visores de vidro deverão ser limpos com álcool 70 % pelas colaboradoras da higiene e limpeza;

 Os colaboradoras do serviço de higiene lavam o chão conforme rotina.

HIGIENIZAÇÃO DA SALA DE PREPARO/ ESTERILIZAÇÃO/GUARDA DE MATERIAIS

A higienização diária deverá ser feita pela enfermagem/odontologia em bancadas e pias e colaboradoras da limpeza o chão

A limpeza terminal quinzenal deverá seguir as orientações abaixo:

 As prateleiras são desocupadas pelos colaboradoras da enfermagem sendo os pacotes colocados sobre a mesa ou bancada;

 Proteger com saco plástico as embalagens evitando que molhe durante a limpeza;

 Os profissionais da enfermagem limpam as prateleiras álcool 70% e após estarem secas colocam os pacotes e caixas em seus lugares;

 A mesa deverá ser limpa pela enfermagem com pano embebido em água e detergente neutro. Após, retirar o detergente com pano embebido em água, secando em seguida;

 A câmara da autoclave deverá ser limpa pela enfermagem com pano embebido em água e detergente neutro. Após, retirar o detergente com pano embebido em água, secando em seguida;

 Os profissionais da enfermagem limpam os carros das autoclaves e os racks com álcool 70% e após colocam os cestos, os carros e os racks no lugar, depois que o chão estiver seco;

 As colaboradoras do serviço de higiene, higienizam as paredes e o teto conforme protocolo de higienização

 Janelas, portas, luminárias também deverão ser higienizadas conforme protocolo de higienização;

 Os visores de vidro deverão ser limpos com álcool 70 % pelas colaboradoras da higiene e limpeza;

 As colaboradoras do serviço de higiene lavam o chão conforme rotina.

EQUIPAMENTOS

De acordo com a RDC nº 15 de 15/03/2012:

Art. 38 As leitoras de indicadores biológicos e as seladoras térmicas devem ser calibradas, no mínio, anualmente.

Art. 40 Na manutenção dos equipamentos, as informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento, contendo, no mínimo:

I. Data da intervenção.

II. Identificação do equipamento.

III. Local da instalação.

IV. Descrição do problema e nome do responsável pela identificação do problema.

V. Descrição do serviço realizado, incluindo informações sobre as peças trocadas.

VI. Resultados da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção e complementados com indicadores químicos e biológicos, quando indicado.

VII. Nome do profissional que acompanhou a intervenção e do técnico que executou o procedimento.

SERVIÇO DE ALMOXARIFADO

A Unidade de Almoxarifado é considerada estratégica para a Instituição, e por esse motivo é imprescindível que mantenha processos muito bem definidos fazendo com que sejam executados de maneira correta e eficiente.

Unidade de Almoxarifado

As Unidades de Almoxarifado possuem por finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda do Hospital de Bertioga, ocasião em que são divididos em:

Setor 01 - Materiais de Nutrição e Dietética

Setor 02 - Materiais de Expediente, Impressos, Limpeza, Higiene e Segurança

Setor 03 - Materiais Médico Hospitalar e Gases Medicinais

Setor 04 - Materiais de Órtese, Prótese e Consignado

Setor 05 – Materiais do SAMU

Recebimento

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais é módulo de um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

Armazenagem

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

Distribuição

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de documento (registro) para a solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

Controle (Escrituração)

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda requisições de materiais.

ORGANIZAÇÃO INTERNA DO ALMOXARIFADO

A Unidade de Almoxarifado, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

FUNCIONAMENTO

Os horários de expediente dos Almoxarifados para fins de atendimento e liberação de materiais serão no período de 07:00 hs as 19:00 hs observando o protocolo de organização interna.

Entrada de Materiais

O local de recebimento físico dos itens, como regra, será sempre o depósito do Almoxarifado Geral. Em nenhuma circunstância os materiais poderão ser recebidos em outras unidades do Hospital de Bertioga ou outros setores diferentes do descrito acima

O recebimento é o ato prévio à aceitação do material, transferindo apenas a responsabilidade pela guarda e não se confundindo com a aceitação. Temos neste caso o recebimento provisório. Para que o recebimento não ocasione problemas futuros, deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. São documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;

Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;

Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;

Guia de Produção.

Conformidade Nota Fiscal

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes, espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros, constando, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

Conferência de Volumes

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues.

Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas.

Conferência Quantitativa

É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos, avarias, etc. Deve-se proceder a conferência quantitativa do bem, principalmente, em situações em que a nota fiscal não descreva, por exemplo, que mil unidades de determinado item estejam acondicionadas em 01 (uma) caixa/volume.

Todos estes métodos contribuem para uma melhor aquisição, principalmente, no tocante a possíveis discussões acerca de erros no transporte e entrega ou perdas no depósito, sendo aquelas não pertencente a responsabilidade do Hospital e estas, inaceitáveis.

Conferência Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados, no processo de inspeção, a especificação de compra do material e alternativas aprovadas, catálogos técnicos, dentre outros.

Inconformidade de Entrega

São três os principais motivos de inconformidades passíveis de identificação no ato da entrega do material:

Divergência de volumes: Havendo divergência quanto ao quantitativo entregue com o da Nota Fiscal, o conferente deve negar o recebimento, não assinando a Nota Fiscal e orientando a transportadora a devolver ao remetente. Deve, ainda, entrar em contato imediatamente com a empresa que enviou o material, via correio eletrônico institucional, e relatar o ocorrido.

Constatação de avarias: Constatando-se avarias na embalagem do produto, deve-se analisar a integridade do conteúdo do volume, se constatado visualmente que este sofreu algum dano, deve ser recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório.

Entrega de produto errado: Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o elatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

Regularização de Inconformidades

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado. Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de e-mail institucional.

Comunicação Formal de Chegada

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica.

Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração, respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Recebimento definitivo

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito, ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

Destinação do bem

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque do Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o "Almoxarifado Especial", que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

Entrada para o estoque

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado, ou seja, os itens de uso comum do Hospital.

Para estes serão realizadas entradas paracomposição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Entrada com saída imediata

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

Transporte

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas.

O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;

Usar veículo fechado;

Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;

Não deixar o veículo estacionado ao sol;

Manusear a carga com cautela;

Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

Itens de segurança

A Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais e produtos para a saúde e em suas dependências trabalham inúmeros colaboradores. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere a situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

Limpeza e Conservação

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados (local específico para este fim).

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

Gestão de materiais

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando a segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Itens de alto custo/risco

Como forma de prevenção de danos ou eventuais furtos, será destinada uma sala exclusiva para o acondicionamento de itens de alto custo/risco, que por razões de alto valor ou de facilidade de danos ou furtos, terá seu acesso restrito.

O acesso às salas será restrito ao Chefe da Unidade de Almoxarifado, e nas suas ausências, por um substituto. Todo e qualquer acesso será registrado pelos seguranças patrimoniais e também pelo circuito interno de imagens.

Atividade de suprimentos

A responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada no Almoxarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender o Hospital de Bertioga, Samu e PA em suas atividades.

Cabe ressaltar que a Unidade de Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da Instituição.

Distribuição

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, a Unidade de Saúde ou Administrativa deverá comunicar formalmente o almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pela Unidade de Saúde ou Administrativa, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, esta deverá devolver os itens ao almoxarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome da Unidade de Saúde ou Administrativa, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pela Unidade de Saúde ou Administrativa. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução

Na entrega, o colaborador da Unidade de Saúde ou Administrativa, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais expedido pela Unidade de Saúde ou Administrativa, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída.

Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto à sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada na própria Unidade de Saúde ou Administrativa para eventuais conferências/fiscalizações.

Estoques de bens de consumo comum

Os bens de consumo comuns essenciais a toda comunidade hospitalar e administrativa serão mantidos com estoques que atendam às demandas do HB, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será a Unidade de Almoxarifado e/ou o Setor de Padronização de Materiais, não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outras unidades. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Para alguns itens, não serão mantidos estoques ou atas de registro de preços, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros, nos moldes apresentados pelo Setor de Padronização de Materiais.

Aquisições de materiais para o estoque

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses.

Manutenção dos estoques

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;

Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;

Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;

Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;

O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;

Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725-4:2009;

Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;

Materiais estranhos ao pertencente ao HB não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;

Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;

Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Inventário

Os tipos de inventários físicos serão:

Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício. A contagem compreenderá o universo de 100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissão especialmente designada pelo gestor do hospital;

Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;

De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;

De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;

Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa da SMS.

Objetivos dos inventários

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;

Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;

Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;

Informar o estado de conservação dos bens e materiais;

Os inventários de almoxarifado são realizados por comissão, composta por, no mínimo, 3 (três), pessoas com conhecimentos técnicos específicos e grau de instrução adequado.

Acesso ao almoxarifado

O acesso à Unidade de Almoxarifado será restrito e colaboradores, previamente identificados e autorizados, apenas. De igual forma, o acesso ao depósito dos bens

que compõem os estoques do Almoxarifado será restrito estritamente para manutenção, guarda e acondicionamento dos mesmos, não podendo quaisquer colaboradores adentrar no depósito, alterar a localização física, retirar ou inserir bens sem prévia autorização da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

Todas e quaisquer entradas e saídas de materiais e bens patrimoniais no depósito serão registradas, não se admitindo que outro setor ou colaborador registre a entrada ou sua saída no sistema, ou até mesmo retire o bem do depósito sem prévia anuência da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

Segurança patrimonial

O primeiro alvo da ação de invasores é, com certeza, o almoxarifado, pois é neste local que se encontram objetos de maior valor. É importante intensificar a guarda por esse ambiente com seguranças patrimoniais, câmeras de monitoramento em pontos estratégicos, além de mantê-los sempre bem fechados, seguro e com acesso restrito apenas aos funcionários autorizados.

Risco de incêndio

Deverá haver rotina interna estabelecida para vistorias periódicas e manutenção de equipamentos contra incêndio, verificar prazos de validade e necessidade de recarga, além de adoção de medidas que visem mitigar fragilidades que denotem riscos à proteção patrimonial.

Ademais, a utilização desses equipamentos ficará prejudicada devido ao acúmulo de materiais e ausência de ordenação do espaço físico do Almoxarifado, dificultando a circulação e acesso rápido aos itens. Tais fragilidades podem incorrer em risco à segurança dos profissionais, bem como danos aos estoques.

Segurança dos trabalhadores

O uso do EPI (Equipamentos de Proteção Individual) é fundamental para garantir a saúde e a proteção do trabalhador, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. Além disso, 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 dos profissionais durante e depois da fase ativa de trabalho.

Os equipamentos de proteção individual devem ser fornecidos aos funcionários que atuam nas dependências do Almoxarifado, ocasião em que se faz necessário a elaboração de um

estudo dos riscos ocupacionais. Esse tipo de trabalho facilita a identificação dos perigos dentro da Unidade de Almoxarifado e ajuda o Setor à reduzi-los ou neutralizá-los.

Deverá também ser disponibilizada a FISPQ (Ficha de Informação e Segurança dos Produtos Químicos) para consulta e informação em caso de derramamento, vazamento ou contaminação.

NORMAS E ROTINAS PARA AQUISIÇÃO E SUPRIMENTOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS (LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS)

A aquisição de materiais médicos e hospitalares (MMH) e medicamentos se dará conforme manual de aquisição de bens e contratação de terceiros utilizado pelo INTS, conforme disposto no item mencionado neste projeto, e conforme publicação em portal da transparência do INTS http://www.intsbrasil.com.br/portal-transparencia.html;

Materiais médicos e hospitalares e medicamentos compõem todos os itens não patrimoniais, que são necessários ao serviço, pertinentes ao funcionamento pleno, tanto administrativo quanto para a realização de todos os procedimentos ofertados pelo serviço e de EPI que serão adquiridos, armazenados e distribuídos de acordo com as normas da ANVISA.

Sob a responsabilidade de uma área de suprimentos, o processo de compras dar-se pela tomada de preços de no mínimo três fornecedores e pela compra do produto com o melhor material e menor preço para os itens não padrão.

Os materiais e medicamentos serão padronizados em conformidade com as normatizações e legislações vigentes utilizando especificações e pesquisa minuciosa de valores de mercado, o que propiciará a participação de um maior número de fornecedores, previamente qualificados, visando à efetividade nos procedimentos e economicidade com a manutenção.

O sistema informatizado permitirá o gerenciamento do estoque de materiais pelo sistema da curva ABC, garantindo o controle de saldo atual, consumo médio mensal, último custo de aquisição, custo médio, tendência de consumo.

Os processos para conferência, recebimento, armazenagem e consumo estarão inseridos no sistema de gestão da informação garantindo a rotina para controle de estoque de materiais e medicamentos conforme características e peculiaridades referentes ao consumo, armazenamento e classificação.

Garantir tratamento medicamentoso requerido durante o processo de observação e/ ou permanência do paciente na unidade de acordo com a listagem de medicamentos padronizados pelo SUS e pela ReMuMe.

A geração da demanda para aquisição medicamentos e materiais (penso) ficará sob a responsabilidade do Responsável Técnico da Farmácia e se dará a partir da sinalização do nível de estoque no sistema de informação do hospital, PA e SAMU

Em relação a estrutura de armazenamento e estocagem o INTS seguirá as boas práticas para armazenamento e estocagem de materiais e medicamentos conforme descrito nesta proposta e em POPS específicos e adaptados para a instituição.

SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social está subordinado à Diretoria de Técnica do Hospital e atenderá demandas das unidades hospitalares e PA. O Serviço Social contará com assistente social 24h. Com o objetivo de propiciar um acolhimento mais humano no |Hospital e PA, será implantado o serviço social na unidade, que visa amparar, da melhor maneira, todos os pacientes, seja na indicação de serviços oferecidos, seja, tratando reclamação de usuários.

Todos os dias serão realizadas visitas aos pacientes internados a fim de identificar as demandas dos pacientes para que sejam direcionados ao atendimento do grupo profissional (médicos, enfermeiros e auxiliares). O Serviço estará estruturado fisicamente com uma sala de espera e salas de atendimento individualizado.

O Serviço Social tem por objetivo garantir o acolhimento, escuta qualificada, humanização em qualquer ponto da rede por membro de equipe multiprofissional

Os Assistentes Sociais realizam atendimento aos usuários, familiares/rede de apoio social, nos seguintes setores:

1. Emergência, Pronto Atendimento;

3. Alojamento conjunto (Maternidade):

4. Triagem Obstétrica/Centro Obstétrico (Maternidade):

5. Unidade s de Internamento

6. Unidade de Centro Cirúrgico, Clinica Cirurgia e clínica médica.

7. Demais unirdes conforme protocolo.

Atribuições do serviço social

1. Acompanhar a passagem de Plantão de Enfermagem e identificar possíveis demandas, além das repassadas pela equipe multiprofissional;

2. Ler os prontuários dos usuários internados para se apropriar do estado geral de saúde/doença;

3. Realizar acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nas Unidades de Internação;

4. Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção;

5. Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;

6. Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos.

7. Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;

8. Formalização do encaminhamento, quando necessário;

9. Acompanhar sistematicamente os usuários que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

10. Articular, com a equipe multiprofissional, nas situações de alta dos usuários o transporte através de contato com a SMS do respectivo Município, além das demais orientações necessárias (acesso a medicação, reforço das orientações previdenciárias, aderência ao tratamento, entre outros);

11. Em situações de óbito realizar acolhimento junto a familiares/rede de apoio

social/acompanhante de usuário e as devidas orientações e encaminhamentos;

12. Registrar os atendimentos no sistema de administração hospitalar do usuário com a equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações, intervenções e encaminhamentos realizados;

13. Registrar no prontuário do usuário as informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;

14. Realizar visitas institucionais para conhecer os fluxos de atendimento, articulação intersetorial para viabilidade de encaminhamentos entre as instituições favorecendo processos de referência e contrarreferência;

15. Participar de reuniões e discussões multiprofissionais, nas unidades de internação que ocorrem, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde onde serão discutidas as situações atendidas e determinadas às ações que assegurem o tratamento mais adequado, caso ocorram na unidade de internação.

16. Identificar fragilidades por meio do instrumento avaliação multidimensional, realizando os devidos encaminhamentos para preservar a integridade física, social e psicológica do indivíduo.

17. Prestar orientação social aos usuários do serviço;

18. Realizar atendimento individualizado através de entrevistas sociais, pareceres e visitas domiciliares;

19. Encaminhar usuários às instituições existentes, tais como Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias Municipais e outras;

20. Realizar reuniões com grupos de usuários;

21. Desenvolver trabalhos conjuntos com a equipe multidisciplinar;

22. Desenvolver pesquisas, projetos e programas sociais;

23. Elaborar, coordenar e realizar palestras, seminários e cursos voltados a profissionais da medicina e usuários;

24.Colaborar na implantação do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) para escuta das queixas e sugestões de pacientes e familiares;

25. Viabilizar o retorno do usuário ao seu local de origem no momento da alta, providenciando recursos para passagens;

26. Organizar a liberação de transporte para as remoções de pacientes internados;

PRINCÍPIOS ÉTICOS NORTEADORES DO SERVIÇO SOCIAL

- Reconhecimento da Liberdade como valor ético central e defeso da Democracia;
- Defesa dos Direitos Humanos;
- Respeito ao usuário e garantia dos direitos de cidadania;
- Defesa da Equidade e Justiça Social, garantindo aos usuários a universalidade de acesso aos bens e serviços da Instituição, bem como sua gestão democrática;
- Oposição a todas as formas de preconceito, preservando o respeito às diferenças quanto ao gênero, classe, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física;
- Respeito ao pluralismo de ideias e concepções teóricas;
- Garantia do compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, articulando ações a outras categorias profissionais;
- Reconhecimento às lutas e reivindicações dos Movimentos Sociais em geral;
- Reconhecimento e respeito às instituições democráticas da sociedade;
- Resguardar os princípios do Código de Ética Profissional.

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETETICA.

A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é uma unidade de trabalho que desempenha atividades relacionadas à alimentação e nutrição, como o fornecimento de refeições. O objetivo de uma UAN é o fornecimento de uma refeição equilibrada nutricionalmente apresentando bom nível de sanidade, e que seja adequada ao comensal, denominação dada tradicionalmente ao consumidor em alimentação coletiva. Esta adequação deve ocorrer tanto no sentido da manutenção e/ou recuperação da saúde, como visando a auxiliar no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, a educação alimentar e nutricional.

As UAN's hospitalares podem ser definidas como estabelecimentos localizados em hospitais que desempenham atividades técnico-administrativas necessárias à manipulação, à preparação, ao armazenamento e à distribuição de alimentos e de refeições. Um dos fatores primordiais para a garantia da qualidade é a inocuidade do alimento, sendo essencial o controle das condições higiênico-sanitárias nos locais onde os alimentos são manipulados para o consumo. A comida preparada deve seguir a dieta determinada para cada um - geralmente contendo algumas restrições alimentares, dependendo da enfermidade apresentada - mas sem deixar de lado o sabor. A área responsável por cuidar da alimentação dos pacientes é a **nutrição clínica**, que trabalha de modo a atender as necessidades nutricionais de cada um de acordo com as recomendações dos médicos, ou seja, trabalha em conjunto com a equipe médica e demais profissionais assistenciais, garantindo assim, todo o planejamento do cuidado ao paciente.

O nutricionista é o profissional habilitado para trabalhar em qualquer uma das dimensões citadas acima. Ele atua nas mudanças dos processos, nas condições e ambientes de trabalho. O compromisso desse profissional para com a saúde do comensal/ paciente, não pode ser tratado como algo externo à sua prática profissional, mas como dever de profissão. O trabalho do nutricionista, engloba monitoramento das boas práticas de produção, controle higiênico-sanitário do ambiente e das refeições oferecidas (UAN) e o atendimento clínico, avaliação dos pacientes, educação e promoção de hábitos alimentares saudáveis (Clínica).

O setor de Nutrição do hospital de Bertioga será responsável pelo atendimento do PA e Hospital, os funcionários desempenharão várias funções relacionadas ao preparo, distribuição, cálculo e orientação das refeições servidas no hospital, seja para pacientes, acompanhantes, funcionários e visitantes.

Será dividida em:

Setor de Nutrição Clinica

Setor da de Alimentação Coletiva - Unidade de Alimentação e Nutrição – UAN

Competências Técnicas

A Unidade de Nutrição Clínica deve exercer o seu papel organizacional com o suporte das competências técnicas a seguir:

I – planejamento, organização e coordenação dos trabalhos relacionados à Unidade, solicitando recursos humanos e matérias para o desenvolvimento das atividades;

II – Controle na execução dos métodos de trabalho, com rotinas e procedimentos utilizando as metodologias de trabalho, treinando e supervisionado a aplicação destas, observando a legislação vigente;

III – Padronização de manuais de dietas, produção de protocolos de atendimentos nutricional, produção de fichas de triagem de avaliação e acompanhamento nutricional;

IV – Estabelecimento, junto a equipe multiprofissional de terapia nutricional, do catálogo de dietas enterais e fórmulas infantis;

V – Participação nas discussões clínicas em visitas de leito, realização de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, orientação nutricional nas diferentes situações clínicas, registro no prontuário de anotações de nutrição, estabelecimento de critérios para acompanhamento nutricional;

VI – Orientação de estagiários da graduação; preceptoria de alunos da Residência Multiprofissional (Nutrição);

VII – acompanhamento de visitas técnicas, para o conhecimento do funcionamento da Unidade de Nutrição Clínica, oferendo o suporte necessário;

VII – participação, junto do Serviço de Nutrição (Hotelaria) de decisões no que diz respeito ao fornecimento adequado da alimentação aos clientes, incluindo aquisição de gêneros alimentícios, equipamentos e utensílios, treinamento de pessoal, e higiene alimentar.

Atribuições do Nutricionista na Área Clínica

- Definir, planejar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes, segundo níveis de atendimento em Nutrição;

- Elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos;

- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional;

- Registrar, em prontuário do paciente, a prescrição dietética e a evolução nutricional;

- Determinar e dar a alta nutricional;

- Promover educação alimentar e nutricional para pacientes, familiares ou responsáveis;

- Estabelecer e coordenar a elaboração e a execução de protocolos técnicos do serviço, de acordo com as legislações vigentes;

- Orientar e supervisionar a distribuição e administração de dietas;

- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, os procedimentos complementares à prescrição dietética;

- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados;

- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;

- Encaminhar aos profissionais habilitados os pacientes sob sua responsabilidade profissional, quando identificar que as atividades demandadas para a respectiva assistência fujam às suas atribuições técnicas;

- Prescrever suplementos nutricionais bem como alimentos para fins especiais, quando necessários à complementação da dieta;

- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico;

- Participar do planejamento e execução de programas de treinamento e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;

- Prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria na área;

- Participar do planejamento e execução de programas de treinamento, estágios para alunos de nutrição e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;

Atribuições do nutricionista na área de alimentação coletiva - (Unidade de Alimentação e Nutrição - UAN)

- Planejar e supervisionar a execução da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios;

- Planejar e supervisionar o dimensionamento, a seleção, a compra e a manutenção de equipamentos e utensílios;

- Planejar e elaborar os cardápios, adequando-os ao perfil da clientela, respeitando hábitos alimentares;

- Planejar cardápios de acordo com as necessidades de sua clientela;

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de seleção de fornecedores, procedência dos alimentos, bem como sua compra, recebimento e armazenamento de alimentos;

- Coordenar e executar os cálculos de valor nutritivo, rendimento e custo das refeições/preparações culinárias;

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias;

- Coordenar o desenvolvimento de receituários e respectivas fichas técnicas, avaliando periodicamente as preparações culinárias;

- Estabelecer e implantar procedimentos operacionais padronizados e métodos de controle de qualidade de alimentos, em conformidade com a legislação vigente;

- Coordenar e supervisionar métodos de controle das qualidades Organolépticas das preparações, por meio de testes de análises sensorial de alimentos;

- Elaborar e implantar o Manual de Boas Práticas, avaliando e atualizando os procedimentos operacionais padronizados (POP) sempre que necessário;

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de higienização de ambientes, veículos de transporte de alimentos, equipamentos e utensílios;

- Planejar e coordenar programas de treinamento, atualização e aperfeiçoamento de colaboradores;

- Promover programas de educação alimentar e nutricional para clientes;

- Detectar e encaminhar ao hierárquico superior, relatórios sobre condições da UAN impeditivas da boa prática profissional e/ou que coloquem em risco a saúde humana;

- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados;

- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;

- Participar do planejamento, implantação e execução de projetos de estrutura física da UAN;

- Implantar e supervisionar o controle periódico das sobras, do resto-ingestão e análise de desperdícios, promovendo a consciência social, ecológica e ambiental;

- Participar da definição do perfil, do recrutamento, da seleção e avaliação de desempenho de colaboradores;

- Prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria na área;

- Participar do planejamento e execução de programas de treinamento, estágios para alunos de nutrição e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.

Rotina: Recepção de Gêneros:

a. Os gêneros devem ser recebidos e conferidos pelo despenseiro, de acordo com as NOTAS DE ENTREGA do fornecedor. As notas devem ser assinadas e datadas pelo despenseiro. Este processo deve ser supervisionado pela Nutricionista e/ou pelo estagiário de Nutrição;

b) Devem ser substituídos pelo fornecedor os gêneros que não atendam às especificações, que estejam com prazo de validade vencida, com embalagem danificada ou que apresentem características físicas inadequadas;

c) Eventuais alterações na NOTAS DE ENTREGA ou no CRONOGRAMA DE ABASTECIMENTO (Anexo XVI) devem ser comunicadas imediatamente à Nutricionista;

d) Os gêneros recebidos devem ser higienizados, de acordo com o Manual de Boas Práticas do S.N.D. (MBP/SND);

e) A área de recepção de gêneros deve permanecer limpa.

Rotina- Armazenamento de Gêneros:

a) Os gêneros devem ser armazenados em locais apropriados, de acordo com o MBP/SND;

b) Os gêneros devem ser organizados de forma a facilitar o fluxo : primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);

c) As caixas plásticas devem ser transportadas sobre carrinhos ou carregadas com as mãos;

d) Os recipientes com tampas devem permanecer tampados;

e) As portas das câmaras frigoríficas devem permanecer fechadas, permanecendo abertas o menor tempo possível;

f) A área de armazenamento deve permanecer limpa.

Rotina – Distribuição de Gêneros:

a) A distribuição de gêneros deve obedecer ao fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);

b) A distribuição de gêneros somente é feita mediante apresentação de requisição da Nutricionista;

c) A distribuição de gêneros deve obedecer aos horários pré-estabelecidos pela Coordenação do S.N.D.;

d) A substituição de gêneros só pode ser feita pela Nutricionista responsável, devendo a mesma ser comunicada pelo despenseiro sobre esta necessidade com a devida antecedência;

e) A área de distribuição de gêneros deve permanecer limpa.

Rotina – Manipulação de alimentos:

a) O manipulador de alimentos deve seguir as Normas de Conduta do Manipulador e do MBP/SND.

b) A distribuição de funcionários por área de trabalho deve obedecer à escala de serviço e atender às necessidades e conveniência do Serviço.

Cada etapa da Manipulação de Alimentos é executada pelos manipuladores (Cozinheiro, Copeiro e Auxiliar de Cozinha) treinados para a execução da mesma.

Sub-Rotina: Pré – Preparo:

a) A área de pré-preparo e os utensílios que são utilizados durante este processo devem ser previamente higienizados, de acordo com o MBP/SND;

b) Os gêneros alimentícios devem ser higienizados, de acordo com o MBP/SND.

c) As operações de pré-preparo devem obedecer às orientações feitas pela Nutricionista responsável;

d) Qualquer alteração verificada na quantidade/qualidade dos gêneros o cozinheiro deve comunicar à Nutricionista;

e) Os dejetos acumulados durante o pré-preparo devem ser colocados pelo cozinheiro nos depósitos apropriados;

f) Após o pré-preparo deve ser higienizados os utensílios e as áreas utilizadas, de acordo com o MBP/SND.

Sub - Rotina: Preparo:

a) A operação de preparo dos alimentos deve obedecer às orientações, feitas pela Nutricionista responsável, para cada tipo de preparação.

b) A área e os utensílios destinados à operação de preparo dos alimentos devem ser previamente higienizados, de acordo com o MBP/SND.

c) Os equipamentos elétricos devem ser manipulados obedecendo às Normas de segurança. Após sua utilização devem ser imediatamente desligados. Somente depois de certificar-se de que os equipamentos estão desligados pode ser iniciada a higienização dos mesmos;

d) O processo de higienização dos equipamentos utilizados durante o preparo é de responsabilidade do funcionário que o manipulou;

e) Os cozinheiros devem zelar pela manutenção dos equipamentos destinados ao processo de cocção dos alimentos. Os mesmos são responsáveis pela higienização, pelo desligamento dos equipamentos elétricos e pelo fechamento dos botões dos equipamentos a gás.

Rotina – Distribuições de Refeições – Sistema Centralizado

a) As refeições são distribuídas em horários pré-determinados pelo SND;

b) Durante o processo de distribuição de refeições os funcionários devem seguir as normas de conduta e do Manual de Boas Práticas/SND;

c) A execução das tarefas deve obedecer à Escala de Serviço do S. N. D.

d) O posicionamento das preparações deve obedecer aos per capitas preestabelecidos pelo Serviço.

e) A distribuição de refeições para pacientes deve obedecer à contagem prévia diária feita pelas Nutricionistas no impresso RESUMO DE DIETA e transcrito para o impresso CONTROLE DE DIETAS.

f) As auxiliares dietéticas são responsáveis pela execução das dietas de rotina e das dietas especiais;

g) As copeiras são responsáveis pela execução das dietas livres e das refeições para os acompanhantes;

h) O fornecimento de refeições para funcionários fora da escala (troca de plantão, dobra ou hora extra) deve ser atendido mediante solicitação por escrita da Coordenação/Supervisão/Plantonista do Serviço solicitante, enviada ao SND até 11 horas.

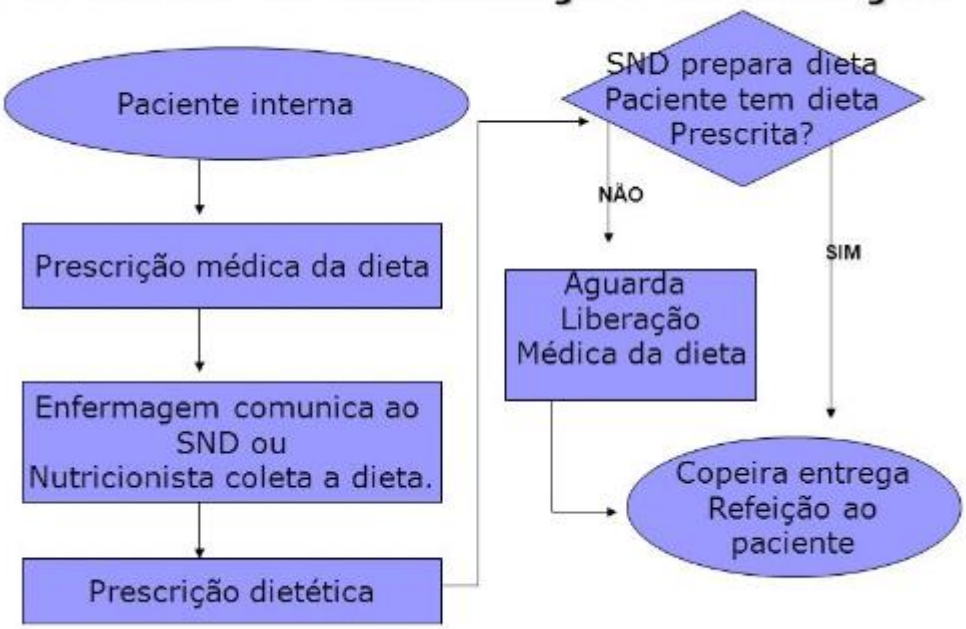
i) A distribuição de refeições no refeitório é feita nos horários pré-estabelecidos e divulgados pelo S. N. D;

j) A distribuição de refeições no refeitório deve obedecer à organização da fila;

k) Após as refeições, os usuários devem entregar suas respectivas bandejas no guichê próprio;

FLUXOGRAMA DA NUTRIÇÃO CLÍNICA

Processo de distribuição de refeição



SERVIÇO DE ENGENHARIA CLINICA.

O setor de Engenharia Clínica trata da gestão de equipamentos, sendo responsável pela manutenção preventiva, calibragem e guarda dos aparelhos médicos, além da adequação do espaço físico às necessidades do hospital. Os profissionais da área garantem a manutenção do parque instalado, levantando as necessidades, realizando o recebimento e a distribuição de equipamentos. O objetivo é garantir o correto funcionamento das instalações e equipamentos biomédicos para utilização por pacientes e profissionais de saúde.

A engenharia clínica está voltada tanto para os aspectos biomédicos como institucionais, garantindo segurança, eficácia, economia, e agregando as necessidades das diversas áreas do hospital. Atua em conjunto com os diferentes setores, já que possui função relevante e estratégica no desempenho global de uma unidade hospitalar.

A Engenharia Clínica do Hospital do Bertioga trabalhará para propiciar um ambiente funcional seguro, maximizando a qualidade da manutenção de todos os equipamentos e espaços, registrando esses processos com toda a documentação requerida, respeitando o agendamento das atividades e seguindo as recomendações normativas da Vigilância Sanitária, bem como da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no que se refere à gestão de tecnologia em saúde.

Ao prever ou agir antes que eventuais problemas aconteçam, e ao administrar todo o "parque tecnológico de saúde" do hospital, a equipe de Engenharia Clínica confere qualidade e eficiência aos exames, contribuindo para a melhoria nos cuidados dispensados ao paciente. Dentre as suas diversas atribuições estão o controle dos equipamentos médico-hospitalares e seus componentes e dos contratos de manutenção preventiva ou corretiva; o auxílio na aquisição e aceitação de novas tecnologias; o treinamento de pessoal para operação dos equipamentos; a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares e cirúrgicos, com seus respectivos acessórios; e a fixação de medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares.

O INTS manterá uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos cedidos pela Secretaria de Saúde, ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas;

Serviços referentes ao setor de Engenharia clínica.

Reparo em todos equipamentos médico-hospitalares;

Reparo em equipamentos de esterilização; de lavanderia; de nutrição e de laboratório;

Reparo em equipamentos de pequeno porte (máquina de calcular, máquina de escrever, ebulidor, chuveiros);

Reparo em mobiliários de aço;

Realização de tapeçaria;

Reparo nas redes de gases medicinais (ar, vácuo e oxigênio);

Reparo, limpeza, instalação de aparelhos de refrigeração (ar condicionado, geladeira, freezer, máquina de gelo, câmara fria, bebedouro);

Serviços de solda e torno;

Serviços odontológicos.

Para avaliar o espectro de trabalho associado a esta nova atividade, apresentamos a seguir algumas atuações da equipe de engenheira clínica dentro da instituição de saúde:

 Controlar o patrimônio dos equipamentos médico-hospitalares e seus componentes;

 Auxiliar na aquisição e realizar a aceitação das novas tecnologias;

 Treinar pessoal para manutenção (técnicos) e operação dos equipamentos (operadores);

 Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção preventiva/corretiva;

 Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares, no âmbito da instituição;

 Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas;

 Estabelecer medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares;

 Elaborar projetos de novos equipamentos, ou modificar os existentes, de acordo com as normas vigentes (pesquisa);

 Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;

 Auxiliar nos projetos de informatização, relacionados aos equipamentos médico hospitalares;

 Implantar e controlar a QUALIDADE, referente aos equipamentos médico-hospitalares;

 Calibrar e ajustar os equipamentos médico-hospitalares, de acordo com padrões reconhecidos;

 Efetuar a avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, entre outros;

 Apresentar relatórios de produtividade de todos os aspectos envolvidos com a gerência e com a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares – conhecidos como indicadores de qualidade e/ou produção

Competências:

Elaborar, em consonância com diretoria Administrativa e técnica, o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do hospital;

Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;

Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;

Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médicohospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues no hospital, bem com as instalações nas suas unidades.

Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas pelo hospital e PA e SAMU;

Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades do hospital, PA e SAMU

Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital, PA e SAMU;

Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital, PA e Samu.

O setor de engenharia clínica criará e implementará um **Plano de Gestão da Engenharia Clínica**. Para atender a esse objetivo algumas ações imediatas foram estabelecidas para o setor. Dentre elas destacam-se:

Atualizar permanentemente o inventário de equipamentos médicos hospitalares para que haja controle patrimonial e garantia da segurança da política de aquisição de novos equipamentos e política de manutenção;

Elaborar, aprovar e implementar o plano de manutenção preventiva de acordo com a criticidade de cada equipamento para prolongar sua vida útil e garantir a disponibilidade do mesmo para a assistência;

Revisar e gerenciar contratos de equipamentos especiais pela criticidade dos equipamentos, garantindo que estejam disponíveis;

Elaborar, aprovar e implementar o plano de manutenção corretiva de acordo com a criticidade de cada equipamento para garantir a disponibilidade do equipamento para a assistência;

Criar um catálogo de equipamentos padronizados para agilizar o processo de compra, facilitar a gestão da incorporação tecnológica e reduzir custos

.

Constituem produtos e serviços do Setor de Engenharia Clínica:

I - Gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas;

II – Análise de várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição.

O Setor de Engenharia Clínica possui subseções elencadas a seguir:

I – Seção Técnica de Eletrônica;

II – Seção de Serralheria;

III – seção Técnica Mecânica e Corredor Mecânica;

IV – Seção de Estoque;

V – Central de Equipamentos;

VI– Caldeira.

Compete a Seção Técnica de Eletrônica:

I - Identificar o equipamento e realizar primeiros testes de funcionamento;

II - Executar manutenção corretiva obedecendo as análises dos circuitos eletrônicos;

III - Executar manutenção preventiva conforme cronograma programado;

IV - Realizar testes de aceitação de equipamentos que retornam de manutenção externa;

V - Garantir a interface com as demais unidades do Setor de Engenharia Clinica, apoiando o setor em tomada de decisões técnicas;

VI - Controlar e apontar os equipamentos médicos que retornam repetidamente para manutenção corretiva;

VII - Executar outras atribuições determinadas pela chefia.

Compete a Serralheria:

I - Elaborar, em consonância com o Setor de Engenharia Clínica, o Plano de Manutenção do Parque de equipamentos do Hospital;

II - Executar manutenção corretiva de equipamentos metálicos;

III - Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de material específico e equipamentos quando necessário;

IV - Aplicar equipamentos em uso, orientando sobre a forma de funcionamento;

V - Garantir a interface com as demais seções do Setor Engenharia Clínica, apoiando o setor em tomada de decisões técnicas.

Compete a Seção de Mecânica:

I - Gerenciar os projetos físicos da edificação, com base em Plano Diretor Físico e Assistencial;

II - Gerenciar a manutenção preditiva, preventiva e corretiva das instalações físicas do hospital, por meio de análise da situação, elaboração de proposta de intervenção e restauração da instalação;

III - Executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos aos projetos e obras prediais;

IV - Executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos às instalações hidráulicas, elétrica e eletrônicas, proteção contra descargas atmosféricas, fluído-mecânicas, de climatização, proteção e combate a incêndios;

V - Executar ou coordenar o serviço terceirizado de limpeza da área externa e jardinagem;

VI - Executar ou coordenar o serviço terceirizado de segurança patrimonial, de segurança do trabalho e de vigilância;

VII - Auxiliar a gestão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

VIII - Alimentar e manter atualizado o sistema de gerenciamento de manutenção predial, por meio das Ordens de Serviços previstas, em execução e realizadas;

IX - Efetuar levantamento de custos e compras de materiais, peças e serviços necessários para a manutenção predial;

X - Armazenar os materiais, peças e ferramentas necessários para a manutenção predial.

Compete a Central de Equipamentos:

I - Prover as unidades assistenciais e o pronto atendimento e SAMU com os equipamentos e acessórios sob sua responsabilidade em quantidade, qualidade e condições adequadas de uso;

II - Promover o uso racional dos equipamentos e seus acessórios, nas diversas unidades do hospital, pronto atendimento e SAMU, gerenciando a recepção, a dispensa, a reposição, a busca ativa nas unidades, os treinamentos e a educação permanente;

III - Desenvolver o trabalho com segurança e qualidade de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas dos membros da equipe;

IV - Auxiliar o Setor de Engenharia Clínica na gestão da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos sob sua responsabilidade;

V - Desenvolver indicadores de qualidade e elaborar estatísticas capazes de nortear as tomadas de decisão;

VI - Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários do Hospital, pronto atendimento e SAMU no que tange ao uso dos equipamentos e seus acessórios;

VII - colaborar com o Ensino e Pesquisa para que se possa ofertar melhor atendimento aos clientes;

VIII - cumprir e fazer cumprir as Normas Administrativas e Técnicas do Hospital pronto atendimento e SAMU

Compete a Seção de Estoque:

I - Elaborar e/ou revisar, as planilhas de controle de itens e componentes utilizados na Engenharia Clínica;

II - Subsidiar tecnicamente o setor de Engenharia Clínica o processo de aquisição dos itens e componentes utilizados no setor;

IV - Planejar, armazenar, controlar e distribuir os estoques dos itens e materiais utilizados;

Compete a Caldeira:

I - Gerenciar a geração de vapor para abastecer setores do hospital, pronto atendimento e SAMU e sistema de aquecimento de água;

II - Subsidiar tecnicamente o processo de manutenção preventiva e corretiva do equipamento continuamente;

III - Alimentar livro ata de controle de intervenções na caldeira respeitando a legislação vigente;

V - Solicitar os empenhos, baseando-se na demanda da instituição;

VI - Acompanhar e monitorar o cumprimento das ordens de fornecimento e entregas das atas de registro de preços dos insumos;

VII - subsidiar tecnicamente a elaboração da lista de insumos necessários a manter a caldeira em pleno funcionamento.

Os serviços de Engenharia Clínica das unidades gerenciadas serão realizados por meio de contratação de empresa legalmente licenciada para esse fim e em conformidade com a legislação, porém a gestão do processo ficará a cargo do coordenador.

A Engenharia Clínica do Hospital Municipal e do Pronto Atendimento de Bertioga trabalhará para propiciar um ambiente funcional seguro, maximizando a qualidade da manutenção de todos os equipamentos, registrando esses processos com toda a

documentação requerida, respeitando o agendamento das atividades e seguindo as recomendações normativas da Vigilância Sanitária, bem como da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no que se refere à gestão de tecnologia em saúde. Atuará em conjunto com os diferentes setores, já que possui função relevante e estratégica no desempenho global de uma unidade hospitalar.

Dentre as suas diversas atribuições estão: gestão inventário de equipamentos gerenciamento da manutenção corretiva, preventiva e calibração, gerenciamento do parque de equipamentos médicos com controle de ciclo de vida, custos e planejamento, coordenação dos programas de gerenciamento e educação permanente, gestão de um programa de tecnovigilância fixando medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar com notificação e investigação de ocorrência , elaboração e monitoramento dos projetos de aparelhagem e participação nos processos de aquisição de equipamentos, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares.

Ao gerir todo o "parque tecnológico de saúde" das unidades, a equipe de Engenharia Clínica contratada deverá garantir a qualidade e eficiência aos serviços, contribuindo para a melhoria nos cuidados dispensados ao paciente.

O setor de engenharia clínica será responsável pela elaboração, implantação, implementação, execução, monitoramento, controle e avaliação do Plano de Gestão da Engenharia Clínica, que deverá conter as seguintes propriedades.

Normas e rotinas para realização do inventário de equipamentos das unidades.

Metodologia para priorização das manutenções.

Programação das manutenções e calibração.

Histórico das manutenções realizadas: O INTS manterá uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos cedidos pela Secretaria de Saúde, ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

Plano de Contingência.

Indicadores de Gestão.

Programação de treinamentos e educação permanente.

Normas e rotinas para acompanhamento dos processos de aquisição de novas tecnologias.

Constituem produtos e serviços da prestadora de serviço de Engenharia Clínica:

I - Gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas;

II – Análise de várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição.

SETOR DE MANUTENÇÃO DE INFRAESTUTURA

O setor será responsável pela conservação e recuperação da capacidade funcional das edificações e de suas partes constituintes, de forma que atenda às

Deve exercer o seu papel organizacional com o suporte das seguintes competências técnicas:

I- Gerenciar os projetos físicos da edificação, com base nas legislações vigentes,

II- Inspecionar periodicamente todos os locais do complexo hospitalar pronto atendimento e SAMU e seus anexos, visando detectar a necessidade futura de manutenções preditivas, curativas e/ou detectivas;

III- Gerenciar a manutenção preditiva, preventiva e corretiva das instalações físicas do hospital, Pronto Atendimento e SAMU, por meio de análise da situação, fiscalização de contratos de manutenção, elaboração de proposta de intervenção e restauração da instalação;

IV- Executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos aos projetos e obras prediais;

V- Executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos às instalações hidrossanitárias, elétrica e, eletrônicas, proteção contra descargas atmosféricas, fluidomecânicas, de climatização e proteção e combate a incêndios;

VI- Executar ou coordenar o serviço terceirizado de limpeza da área externa e jardinagem;

VII- Executar ou coordenar o serviço terceirizado de segurança patrimonial, de segurança do trabalho e de vigilância;

VIII- Auxiliar a gestão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

IX- Realizar gestão de chamadas de manutenção predial por meio de sistema gerenciamento de manutenção, com acompanhamento das Ordens de Serviços e análise de índices de manutenção;

X- Efetuar levantamento de custos e compras de materiais, peças e serviços necessários para a manutenção predial;

XI- Armazenar os materiais, peças e ferramentas necessários para a manutenção predial quando não previstos em contratos de manutenção;

XII- Manter sob sua guarda e responsabilidade o estoque de material relativo às áreas Estrutural, Elétrica, Hidráulica, Marcenaria/Carpintaria e Pintura Predia.

De igual forma, o setor de manutenção de infraestrutura , como entidade responsável pelo efetivo funcionamento e conservação dos prédios e equipamentos do hospital, Pronto Atencimento e SAMU possui entre as suas atribuições e competência a responsabilidade

de zelar e garantir que os bens tenham a sua vida útil, capabilidade e características funcionais conservadas, assim compete aos Subsetores do serviço de manutenção de infraestrutura:

I- Executar medidas para conservação dos bens e patrimônios;

II- Executar serviços de manutenção preventiva;

III- Executar serviços de manutenção corretiva;

IV- Inspeções prediais;

V- Controlar, planejar e projetar pequenos sistemas de infraestrutura;

VI- Promover estudos e elaboração de projetos especiais para melhoria das instalações e edificações;

VII- Planejar a aquisição e utilização de equipamentos e materiais, fiscalizando sua viabilidade e condições de conservação, de forma que evite desperdícios;

VIII- Gerir contratos de terceirização de serviços relacionados à sua área de atuação

Manutenção de edificações e instalações

São atribuições e competências:

I- Fazer análise de prioridades;

II- Gerenciar e supervisionar projetos de edificações e instalações;

III- Gerenciar obras relacionadas ao Setor;

IV- Controlar a qualidade dos empreendimentos;

V- Coordenar a operação e manutenção das obras e projetos no âmbito da de edificações e instalações;

VI- Elaborar estudos de viabilidade técnico-econômico;

VII- Elaborar orçamentos;

VIII- Analisar orçamentos físico-financeiros;

IX- Prestar consultoria e assistência técnica aos demais setores do hospital pronto atendimento e SAMUque envolvam a edificações e instalações;

X- Elaborar e coordenar pesquisas tecnológicas;

XI- Elaborar documentação técnica;

XII- Fiscalizar a execução de obras no âmbito técnico e financeiro;

XIII- Elaborar indicadores institucionais dentro de sua área;

XIV- Dimensionar as equipes de obras e definir processos e meios executivos destas equipes;

XV- Contribuir com a elaboração e a efetivação do PDE (Plano Diretor Estratégico);

XVI- Realizar as demais atividades inerentes ao Setor;

Manutenção mecânica, hidráulica e gases

São atribuições e competências:

I- Fazer análise de prioridades relacionadas à mecânica, hidráulica e gases;

II- Gerenciar e supervisionar projetos de mecânica, hidráulica e gases;

III- Elaborar termos de referência para serviços e equipamentos relacionados à mecânica, hidráulica e gases

IV- Analisar propostas técnicas;

V- Elaborar orçamentos;

VI- Especificar tecnicamente itens de mecânica, hidráulica e gases;

VII- Supervisionar e fiscalizar a instalação de novos equipamentos mecânicos;

VIII- Elaborar documentação técnica;

Manutenção elétrica e sistema de refrigeração (ar condicionados)

São atribuições e competências:

I- Fazer análise de prioridades;

II- Analisar propostas técnicas;

III- Elaborar orçamentos;

IV- Gerenciar a instalação de novos equipamentos elétricos;

V- Propor melhorias para a matriz energética do complexo hospitalar;

O planejamento das atividades de manutenção será a base para a efetiva operacionalização das atividades de atendimento e recuperação da capabilidade das instalações, infraestrutura, máquinas e equipamentos nos termos das solicitações dos colaboradores do Hospital , pronto atendimento e SAMU.

O planejamento consiste em um conjunto de regras e procedimentos que visam dirigir a seções do serviço de forma a garantir a priorização e execução das manutenções e a previsibilidade dos recursos necessários para as suas ações e confiabilidade dos serviços prestados execução das atividades obedece aos critérios de prioridade de atendimento e por tipo de manutenção/serviços, assim organizando e racionalizando o atendimento, conferindo maior padronização e eficiência as suas atividades.

Ressalta-se que o atendimento às demandas está diretamente ligado à existência de material em estoque no almoxarifado.

Serão imprescindíveis ao planejamento da manutenção:

I- Inventário e identificação das instalações, máquinas e equipamentos;

II- Administração de estoques de materiais;

III- Registro das ocorrências e solicitações via portal de serviços;

IV- Processamento das solicitações;

V- Priorização das ordens de serviço;

VI- Planejamento dos serviços;

VII- Alocação de recursos para as atividades;

VIII- Programação dos serviços;

IX- Acompanhamento da execução dos serviços;

X- Fechamento das ordens/solicitações de serviço

Não somente manter as condições originais das instalações, máquinas e equipamentos, mas as atividades de manutenção atualmente possuem um escopo mais abrangente. Elas também introduzem melhorias que permeiam a efetivação de condições que contribuem para o aumento da produtividade e qualidade dos serviços, assim, sendo divididas em:

I- Atividades de Manutenção;

II- Atividades de Melhoria;

As atividades de manutenção têm o objetivo de manter ou restabelecer as condições de operação e desempenho corrigindo eventuais deteriorações.

Por outro lado, as atividades de melhoria focam-se na identificação de metodologias, ferramentas e processos que contribuam para o aprimoramento e maximização dos recursos possibilitando a antecipação e mitigação de falhas ou interrupções indesejadas.

O planejamento efetivo da manutenção e o seu cronograma de atendimento são realizados identificando as atividades de melhoria e manutenção, as quais são desmembradas em:

I- Manutenção Preditiva: baseia-se em planejamentos exímios e elaborados onde os componentes de uma máquina são substituídos em períodos pré-programados, baseados em estudos e históricos de cada componente, aproveitando ao máximo sua vida útil, e trocando-os antes de entrarem em colapso.

II- Manutenção Preventiva: São atividades planejadas que prezam a conservação dos equipamentos e suas características produtivas ou de trabalho antecipando a ocorrência de falhas/quebras. Em geral são representadas por programas de MPT (Manutenção Produtiva Total) lubrificação, reaperto e limpeza. Oposto à Preditiva, não considera dados históricos particulares, tendo também os componentes ou peças trocadas a prazos recomendados por seus fabricantes.

III- Manutenção Corretiva: Possuem caráter emergencial e sem planejamento. Consiste em substituir peças ou componentes que se desgastaram ou falharam e que levaram a máquina/equipamento a uma interrupção ou serviço a ser executado em caráter emergencial e que afeta o funcionamento dhospital. Pronto atendimento e SAMU.

Prioridade de atendimento e grau de importância

A Prioridade de atendimento das solicitações de serviços será definida e delineada conforme o tipo de manutenção e o seu planejamento. Outro fator relevante para essa priorização é o Grau de Importância Operacional ou Criticidade de uma máquina/equipamento/local para as atividades normais e rotineiras do hospital, pronto atendimento e SAMU.

São esses parâmetros que orientam a Chefia do setor e os técnicos do Setor a antepor um atendimento a outro. Para melhor entendimento, abaixo, seguem algumas considerações sobre Criticidade e Prioridade:

Entende-se por Criticidade o quanto um equipamento/máquina/local é crítico ou influencia o funcionamento de um conjunto ou sistema. Implica mensurar quanto o efeito de um mau funcionamento, avaria ou falha de um item compromete o desempenho de um sistema como o todo.

Com relação a Prioridade, essa abrange o tratamento que se dá ao serviço no momento de sua execução. Prioridades de Atendimento são normas ou padrões de gerenciamento que indicam quais os critérios a serem adotados para definir quem tem preferência de atendimento, quando existem vários pedidos pendentes ou simultâneos e acima da capacidade de atendimento momentâneo.

Segue check list de manutenção:

SISTEMA ELÉTRICO	A cada 06 meses, checar se o sistema de aterramento sofreu corrosão e se a chegada do fio terra nos apartamentos está em boas condições. Verificar se há aquecimento nos fios ou mau contato, que causam fuga de energia. O quadro de força deve ser mantido lacrado. Uma empresa especializada deve verificar se o prédio está bem dimensionado ou se há sobrecarga elétrica.
GÁS	Mudança brusca no valor da conta é sinal de vazamento. A cada ano um técnico habilitado deve verificar todo o sistema. É importante conscientizar os moradores a verificar as contas e o aparecimento de cheiro estranho.
ELEVADORES	É obrigatório ter uma empresa responsável pelos elevadores, que costuma fazer um contrato mensal de manutenção. Verificar se a empresa é cadastrada no CONTRU. Ela deve emitir anualmente o RIA - Relatório de Inspeção Anual dos elevadores, com Anotação de Responsabilidade Técnica do engenheiro responsável.
BOMBAS	O ideal é manter um contrato de manutenção com empresa idônea, que garanta pronto-atendimento. O Zelador deve estar atento a qualquer ruído anormal no funcionamento da bomba, e solicitar visita da empresa antes da quebra.
CAIXA D'ÁGUA	A limpeza anual é obrigatória, mas o ideal é limpar a cada 06 meses. Usar o faxineiro do prédio para esse tipo de serviço parece economia, mas a caixa pode ser danificada por procedimentos inadequados. Além disso, se a sujeira for embora pela tubulação, pode entupir as torneiras do primeiro andar do prédio.
EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA PARA COMBATE À INCÊNDIO	As escadas devem estar livres de cestos de lixo e com os corrimãos de acordo com a **NBR 9077/85**. Frequentemente deve ser verificado o fechamento, a regulagem e a existência de selo identificando o fabricante das portas corta-fogo. Hidrantes e extintores devem ser revisados e recarregados anualmente.

PORTÕES, INTERFONES, SISTEMAS DE ALARME E CFTV	Manter um contrato único de manutenção para todos esses equipamentos (inclusive antena coletiva) garante economia para o condomínio, além de um atendimento mais rápido (deixe claro, em contrato, o prazo de atendimento).
ÁREAS DE LAZER	Os fabricantes de produtos químicos para piscina costumam oferecer treinamentos sobre tratamento da piscina. Se o zelador for o responsável pela limpeza da piscina, mantenha-o informado sobre o assunto, e siga sempre as recomendações dos fabricantes quanto ao armazenamento e manuseio dos produtos. A cada três meses, o Zelador deve verificar se há farpas, ferrugem ou peças soltas nos brinquedos. Após as férias escolares, é prudente fazer uma manutenção mais minuciosa. Mensalmente, verificar os equipamentos dos salões de jogos, ginástica, festas, da quadra e da área da churrasqueira.
GARAGENS	Verificar se a pintura dos canos segue a NR-26, que diz respeito a sinalização de segurança. Não permitir a colocação de pneus junto às paredes e manter as demarcações das vagas pintadas com tinta adequada. Garantir iluminação adequada (sensores de presença ajudam na economia de energia). Fiquem atentos ao aparecimento de trincas, infiltrações ou vazamentos. Para garantir que todos esses itens sejam atendidos, o ideal é uma visita diária do zelador às garagens.
FACHADAS	A cada 5 anos recomenda-se lavagem da fachada. Para qualquer serviço de fachada (pintura ou restauro), verifique a idoneidade da empresa contratada e solicite documentos, como CNPJ e guias de recolhimento de INSS, FGTS, ISS, entre outros. Os funcionários precisam trabalhar com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequado. Lembre-se que o síndico é corresponsável em caso de acidentes.
TOPO DO PRÉDIO	Inclui Para-raios (verificar se está de acordo com a **NBR 5419/2001**), Luz Piloto, Telhas, Calhas e Ralos, Lajes, Guarda Corpo e Escadas, Casa das Máquinas e Barrilete. Pequenos problemas, como ralinhos desencaixados ou calhas obstruídas por folhas, podem trazer sérias consequências.

SETOR DE MANUTENÇÃO – Manutenção dos Ar Condicionadas

Os serviços de manutenção de ar condicionados das unidades de Bertioga serão realizados por meio de contratação de empresa legalmente licenciada para esse fim e em conformidade com a legislação, porém a gestão do processo ficará a cargo do coordenador da área.

Os serviços de manutenção de ar condicionados das unidades de Bertioga trabalharão conforme determina a Lei nº 13.589/2018 que todo prédio público e privados (comerciais), incluindo hospitais e correlatos tem a obrigatoriedade de realizar periodicamente a manutenção de ar condicionado, através de um planejamento adequado, com a instituição do Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) dos climatizadores que será o documento que atestará as inspeções, limpezas e correções técnicas realizadas.

O sistema de climatização e seu Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC que será elaborado pelo instituto para as unidades de Bertioga vão obedecer aos parâmetros de qualidade do ar em ambientes climatizados artificialmente, em especial no que diz respeito a poluentes de natureza física, química e biológica, suas tolerâncias e métodos de controle, assim como obedecer aos requisitos estabelecidos pelas normas técnicas e regulamentadora.

O PMOC será publicado nos primeiros 30 dias de gerenciamento da unidade e seguirá os parâmetros determinados pela PORTARIA GM/MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998, devendo conter a identificação do estabelecimento que possui ambientes climatizados, a descrição e periocidade das atividades a serem desenvolvidas, como a realização de manutenção preventiva mensalmente e a corretiva conforme necessidade, e as recomendações a serem adotadas em situações de falha do equipamento e de emergência, para garantia de segurança do sistema de climatização e outros de interesse, conforme especificações contidas no Anexo I do Regulamento Técnico desta lei, NBR 13971/97 e Norma 7256:2005 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e demais legislação regulamentadora O PMCO será elaborado e assinado por responsável técnico legalmente habilitado.

GESTÃO DE PESSOAS:

Caracterizada pela participação, capacitação, envolvimento, e desenvolvimento do bem mais precioso de uma organização, que é capital humano, e a valorização. Essa valorização das pessoas e do seu profissionalismo constitui benefício para o processo produtivo, gerando grande diferencial para instituição.

O INTS entende que será integralmente responsável pela contratação de pessoal e de terceiros para execução dos serviços que compõem a gestão Do hospital e PA de Bertioga. Para esse processo o Instituto irá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

A Política de Gestão de Pessoas a ser implantada obedecerá às Normas do Ministério da Saúde/MS, do Ministério do Trabalho e Emprego/MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR 32), assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

Dentre as ações relacionadas a segurança do trabalhador o INTS implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR 32/2005 do MTE.

O nosso modelo de gestão de pessoas a ser aplicado irá gerar influência direta nos resultados a serem obtidos, em relação à missão institucional e ao pleno atendimento das Necessidades do cliente.

Para obtermos estes resultados estaremos trabalhando na formação do profissional com foco no comportamento através de premissas:

Reconhecimento do potencial humano como o recurso estratégico mais importante para o desenvolvimento do sucesso institucional.

Envolvimento e comprometimento todos os funcionários e terceiros que atuam no processo de trabalho.

Para que essas premissas ocorram estaremos trabalhando com desenvolvimento das pessoas, trabalho em equipe e com gestão participativa respaldadas no seguinte princípio:

→ Trabalho em Equipe

Aprimorar continuamente a qualidade e redução de custos dos processos;

Incentivar a criatividade, flexibilidade e eficiência;

Gestão Participativa;

Facilitar a interação;

Trabalhar com a autonomia das pessoas suas atividades e cooperação nas decisões com seus gestores;

Promover aprendizagem, conhecimento e participação nos negócios e resultados de acordo com o grau de autonomia e responsabilidade.

→ Desenvolvimento de Pessoas

Desenvolvimento responsável e ético de suas atividades;

Capacidade de atuação baseada nos princípios da gestão empreendedora;

Capacidade de realizações de tarefas que incorporem inovações tecnológicas;

Capacidade de trabalhar em Rede;

Ser flexível;

Conhecer a missão, negócio e objetivos da Política Pública de Saúde e da Instituição.

Para padronizar e identificar nosso corpo de funcionários o INTS irá fornecer crachás e fardamentos de boa qualidade para todos os colaboradores da unidade.

OBJETIVO:

Estabelecer as diretrizes para identificar, atrair, selecionar, admitir, assim como promover e integrar, colaboradores para atender a necessidade dos cargos da empresa. Bem como, treinar e desenvolver as competências dos colaboradores propiciando ao profissional a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando melhor desempenho no trabalho e conscientização de seu papel como profissional da saúde.

GESTÃO POR COMPETÊNCIA:

A Gestão por Competência é um conjunto de ferramentas práticas, consistentes, objetivas e mensuráveis que torna possível o Hospital instrumentalizar o processo de Recursos Humanos e Gestores para fazer Gestão e Desenvolvimento de Pessoas com foco, critério e clareza.

As ferramentas da Gestão por Competência entrega ao Gestor uma forma prática de gerir e desenvolver pessoas continuamente, de forma homogênea, com o objetivo de estabelecer uma cultura organizacional também homogênea e produtiva.

Cultura essa em que os gestores se percebam remando na mesma direção, somando forças para o alcance de objetivos comuns e resultados cada vez melhores.

Levamos em consideração do investimento contínuo, pois é esse modelo de Gestão que determina maior ou menor produtividade e qualidade através do Capital Humano, alinhamos então eficácia em resultados.

O conjunto dos subsistemas de Gestão por Competência serve para fornecer todas as ferramentas necessárias para organizar os Recursos Humanos, tendo o perfil certo no lugar certo e investir no desenvolvimento de competências necessárias para atingir os resultados esperados de cada colaborador.

Definido então as Competências Essenciais (organizacionais), que teve como indicador: missão, visão, valores, estratégias, princípios, filosofia, cultura e objetivos.

Essas são:

- Atendimento Humanizado
- Relacionamento Interpessoal
- Foco no Resultado
- Comprometimento

Havendo posterior um desdobramento dentre as Competências Comportamentais e Técnicas, cada qual mapeado conforme a descrição de cargos e atribuições a estes.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO:

A Avaliação de Desempenho é um instrumento que se torna um facilitador do auto-conhecimento, autodesenvolvimento, autocrítica, auto-reformulação e melhoria contínua.

Estimula o desenvolvimento das competências que são necessárias para a eficácia em todas as atribuições dos cargos.

Estimula o líder a desenvolver as competências da liderança, para que seja capaz de treinar, orientar, desenvolver, integrar e motivar a equipe para a eficácia em resultados.

Estreitando o relacionamento entre líder e liderado, ou seja, entre avaliador e avaliado.

Promovendo o planejamento de acompanhamento de metas conjuntas de desenvolvimento.

Esse instrumento fornecerá histórico de desenvolvimento de cada colaborador, participação em treinamentos, feedbacks em processos seletivos internos, bem como os gaps de competência dos colaboradores, cargos, equipes, áreas, departamentos, unidades do Hospital como um todo, enriquecendo o Levantamento de Necessidades de Treinamento.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O INTS utiliza uma estratégia contínua de captação de profissionais, através de processos seletivos periódicos, com o objetivo de formação de cadastro de reserva realizados semestralmente ou sempre quando necessário sempre respeitando as características locais.

É necessário que os candidatos preencham os requisitos correspondentes aos níveis exigidos para a função, além de não terem sido exonerados ou demitidos por justa causa em serviço público Federal, Estadual ou Municipal. Para os profissionais de saúde, é necessária comprovação de disponibilidade no Cadastro Nacional de Saúde para o cargo em questão.

O INTS elaborará regulamento, no prazo de 30 dias após a assinatura do contrato, prevendo que tanto para a seleção de empregados como para a seleção de contratados para o fornecimento de bens ou serviços, sejam realizados mediante processo que assegure os princípios da impessoalidade, publicidade e moralidade, regulamento esse que deverá ser submetido à aprovação do Município. Contratar, sempre que possível, por meio de processo seletivo, exceto na hipótese de sucessão trabalhista, com estrita observância da impessoalidade.

A não realização de processo seletivo dependerá de motivação expressa do instituto justificada a inviabilidade de competição, devendo a proposta de contratação direta de pessoal ser submetida à análise do Município.

A contratação será dada na seguinte modalidade:

carteira assinada, de acordo com as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Lei nº 5.452;

Com relação a Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de acidentes o INTS irá montar uma equipe de profissionais capacitados na área de segurança no trabalho, respeitando os quantitativos e especialidades previsto na NR 04. Na HOSPITAL E PA DE BERTIOGA haverá a fiscalização semanal, através de um profissional especializado, a fim de garantir que as normas e políticas de segurança no trabalho sejam cumpridas.

Para garantir a prevenção de acidentes o INTS irá fornecer os EPI's necessários para os profissionais, além de fiscalizar e cobrar a utilização dos mesmos. Dentro da perspectiva das agendas dos temas abordados no programa de Educação Permanente, o tema Saúde e Segurança no trabalho será sempre abordado a fim de garantir a conscientização das equipes de colaboradores.

Para a gestão da frequência das equipes o INTS irá instalar relógio de ponto, o equipamento terá um mostrador de horário e a cada entrada ou saída, será fornecido ao trabalhador um "Comprovante de Registro de Ponto do Trabalhador", registrando a operação feita, sua data e sua hora.

O INTS entende que com esse equipamento o trabalhador se sente mais seguro com o comprovante que recebe, pois registra o ponto e poderá verificar o espelho mensal, comparando com os comprovantes. Em caso de divergência ele tem prova cabal que efetivamente trabalhou aquelas horas.

AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DOS 45 E 90 DIAS

Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador, visando avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias após admissão, a Avaliação de experiência com foco em competências.

A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

O formulário será encaminhado à Linha de Comando pelo menos 20 dias antes do término dos dois períodos de experiência.

O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido em até 7 dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos. Em casos de solicitação de desligamento, os formulários de solicitação de demissão e solicitação de vaga deverão ser encaminhados ao departamento de RH juntamente à avaliação de experiência até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês.

Caso o colaborador apresente deficiências acentuadas, deverá ser definido pela chefia imediata o Plano de Desenvolvimento Individual para as devidas ações de qualificação/ capacitação necessárias à correção dos requisitos identificados como insuficientes

INCENTIVOS DE CARREIRA COM FOCO EM COMPETÊNCIAS

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL:

A Pesquisa de Clima Organizacional (PCO) é uma estratégia organizacional em gestão de pessoas que permite mensurar a percepção coletiva quanto aos aspectos do ambiente organizacional, objetivando mapear e analisar o ambiente interno a partir do levantamento de suas necessidades quanto aos aspectos críticos que configuram o momento motivacional da empresa. Desta forma, a PCO por criar uma base de informações, identificando e compreendendo os aspectos positivos e negativos que impactam no CLIMA, tornando possível maximizar a relação com os seus colaboradores permitindo uma análise relevante da organização com o seu ambiente e pessoas para propor ações de melhorias visando à maior qualidade de vida no trabalho e consequentemente, a melhora na produtividade e motivação de seus recursos humanos, alinhando a cultura organizacional com as ações efetivas da empresa otimizando as ações gerenciais.

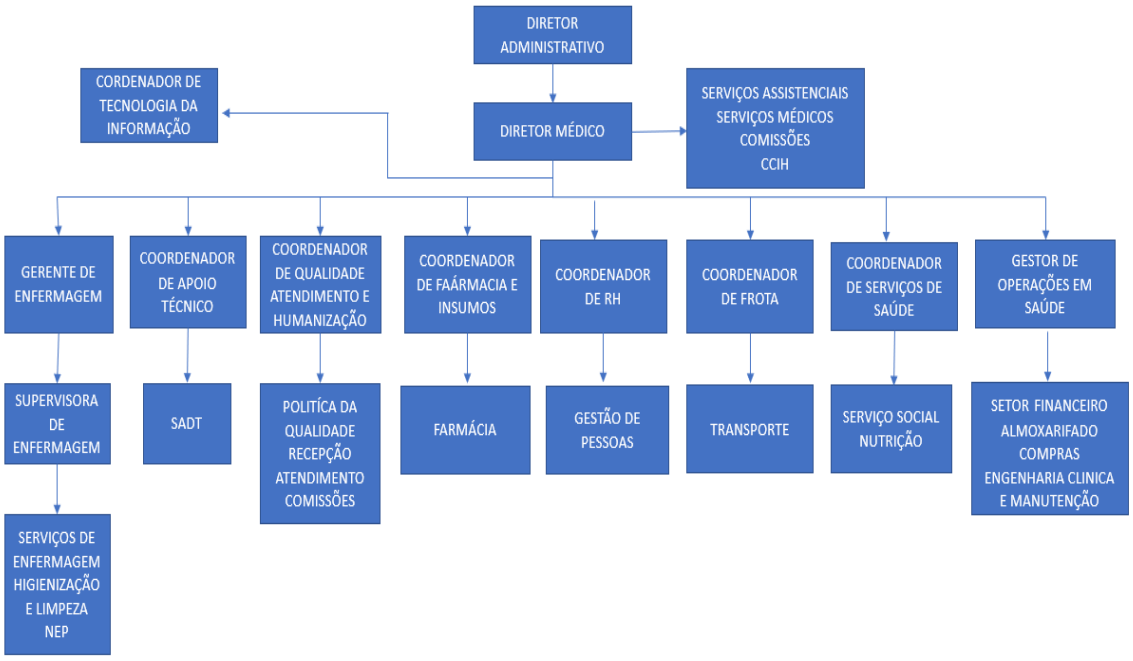
GESTÃO DE FREQUÊNCIA DAS EQUIPES

Para a gestão da frequência das equipes o INTS irá instalar ponto biométrico, o equipamento terá um mostrador de horário e a cada entrada ou saída, será fornecido ao trabalhador um “Comprovante de Registro de Ponto do Trabalhador”, registrando a operação feita, sua data e sua hora.

O INTS entende que com esse equipamento o trabalhador se sente mais seguro com o comprovante que recebe, pois registra o ponto e poderá verificar o espelho mensal, comparando com os comprovantes. Em caso de divergência ele tem prova cabal que efetivamente trabalhou aquelas horas.

O colaborador em seu exercício estará passando por avaliação de desempenho mensal para a obtenção de histórico e reconhecimento profissional para valorização de suas atribuições.

ORGANOGRAMA E DESCRIÇÃO DOS CARGOS



<u>Descrição Dos Cargos Do Hospital E Pronto Atendimento.</u>

DIRETOR ADMINISTRATIVO: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Administração Hospitalar e experiência no mínimo de 02 anos, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições - Planejar, organizar, controlar e assessorar o hospital nas áreas de recursos humanos, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras; I - implementar programas e projetos definidos pelo hospital; III – elaborar planejamento organizacional; IV - promover estudos de racionalização e controlar o desempenho organizacional; V - prestar consultoria administrativa a organização e aos servidores, relativamente ao desempenho das atribuições do cargo; VI – planejar e organizar

qualificação, capacitação e treinamento dos técnicos e demais servidores lotados no órgão em que atua e demais campos da Administração Municipal, quando solicitado; VII – guardar sigilo das atividades inerentes as atribuições do cargo, levando ao conhecimento do superior hierárquico informações ou notícias de interesse do serviço público ou particular que possa interferir no regular andamento do serviço público; VIII – apresentação de relatórios semestrais das atividades para análise; IX – outras funções afins e correlatas ao exercício das atribuições do cargo que lhes forem solicitadas

DIRETOR MÉDICO: Ensino Superior em Medicina com Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde, emergência e urgência ou área correlata e Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública, Código de Ética Médica, Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. É o médico principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei. O Diretor Médico, tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição. Compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis de uma boa prática médica, zelando ao mesmo tempo pelo fiel cumprimento dos princípios éticos.

Atribuições: a) zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; b) assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição; c) assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica; d) cientificar à Mesa Administrativa da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares; e) executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa; f) representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor; g) manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição; h) supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição; i) zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

MÉDICO (TODAS ESPECIALIDADES): Ensino Superior em Medicina e residência ou especialização na área de atuação no hospital (conforme quadro de especialista) ou área correlata com registro no respectivo Conselho de Classe

Atribuições: Recepcionar e identificar o paciente, explicando os procedimentos a serem realizados; atuar como médico em equipe multiprofissional, inclusive residentes em

treinamento, no desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais, familiares e coletivos em Unidades de Saúde e nas comunidades locais, realizando clínica ampliada; realizar atendimento ao acidentado do trabalho; emitir atestado de óbito; realizar procedimentos médicos de sua competência e especialidade, realizar encaminhamentos conforme protocolo da instituição ; articular os recursos intersetoriais disponíveis para diminuição dos agravos à saúde dos pacientes; estar disponível como apoio matricial de capacitação. Aplicar os conhecimentos de medicina na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças do corpo humano. Efetuar exames médicos, fazer diagnóstico, prescrever e ministrar tratamento para diversas doenças, perturbações e lesões do organismo humano e aplicar os métodos da medicina preventiva. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Problemas referentes à 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 auto - cuidado e as práticas de educação em saúde. Participar do planejamento, coordenação e supervisão de atividades desenvolvidas na instituição por estagiários e voluntários. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

GERENTE DE ENFERMAGEM: Ensino Superior em Enfermagem com experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde e urgência e emergência ou área correlata Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. É o profissional enfermeiro Responsável Técnico (RT) pela Enfermagem no hospital. Realiza a mediação do processo e conduz as equipes de trabalho, tendo claramente estabelecidos os objetivos, metas e resultados almejados.

Atribuições: Acompanhar, divulgar o planejamento estratégico da instituição; Estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as Unidades sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem, a fim de assegurar assistência adequada aos pacientes; Respeitar a hierarquia do Organograma de Enfermagem;

Acompanhar a evolução dos indicadores, tomando ações corretivas se necessário; Acompanhar as ocorrências registradas das suas áreas; Prever, elaborar e distribuir quali-quantitativamente do quadro de profissionais nas unidades de sua responsabilidade; Acompanhar junto supervisor imediato de cada área: escala de férias e horas extras dos setores subordinados; Efetuar admissão, demissão e avaliação após autorização do seu diretor e diretor geral; Elaborar registro de atividades de enfermagem, ocupação dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico; Fazer orçamento e controlar os custos das áreas sob sua responsabilidade; Providenciar que as equipes multiprofissionais atendam com eficiências, eficácia e rapidez aos pacientes de

suas unidades; Manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade; Elaborar projetos e planejamentos para as unidades de sua responsabilidade; Manter registros e mensuração atualizados de todos os processos implantados pela sua unidade; Distribuir tarefas e funções adequadas aos membros de sua equipe; Convocar e presidir reuniões com a sua equipe de enfermagem, registrando em atas; Manter inter-relações com as equipes multiprofissionais, sugerir, elaborar, participar e realizar procedimentos que visem melhorar o atendimento aos pacientes e Instituição; Prover materiais e equipamentos necessários ao funcionamento; Dar pareceres e informações em processos e outros expedientes relacionados às unidades, encaminhando-os à Diretoria técnica; Executar e incentivar pesquisas científicas em assuntos de Enfermagem de sua área de competência, colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área de saúde, após aprovação da Diretoria; Apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico das unidades de sua área de competência, para a Diretoria, Participar, junto ao NEP, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde;

Manter intercâmbio com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, objetivando o controle de infecção, dentro dos parâmetros preconizados; desenvolver as Instruções de trabalho (técnicos e administrativos) de Enfermagem, referente às unidades e participar na implantação; informar, orientar e interpretar as normas hospitalares elaboradas a serem implantadas; zelar pelo cumprimento do Código de Ética e Deontologia de Enfermagem;

Supervisionar a elaboração da escala de serviço/plantão e o cronograma de férias, orientando sempre que necessário; supervisionar e acompanhar o controle de: assiduidade, pontualidade, disciplina e qualidade de assistência dos seus colaboradores; Indicar um representante, ou participar efetivamente das comissões relacionadas a sua área; garantir o cumprimento das metas do contrato de gestão, no que tange as áreas sob sua Gerência; Validar da análise crítica dos indicadores das áreas sob sua responsabilidade; compartilhar da missão, visão e princípios da instituição para com os colaboradores, bem como as metas contratuais; gerenciar a área de limpeza e higienização das unidades, executar outras tarefas correlatas à área.

SUPERVISOR DE ENFERMAGEM: Ensino Superior em Enfermagem com experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde e urgência e emergência ou área correlata Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. É o profissional responsável apoiar a gerencia e supervisionar a assistência prestada pela equipe de enfermagem, prescrever ações de enfermagem.

Atribuições: Supervisionar equipe de sua unidade, avaliar enfermeiros e plantonistas, acompanhar o paciente, fazer a anotação em prontuário e manter contato com outras áreas do hospital, realizar procedimentos de maior complexidade, registrar observações, cuidados e procedimentos prestados, realizar procedimentos de maior complexidade, registrar observações, cuidados e procedimentos prestados, monitorar processo de trabalho, selecionar materiais e equipamentos, elaboração e monitoramento da escala diária de trabalho, acompanhar processo seletivo de profissionais de enfermagem, avaliar

desempenho de pessoal de enfermagem, desenvolver programas de educação continuada, padronizar normas e procedimentos de enfermagem, realizar a elaboração e monitoramento da escala de férias, aplicar e definir métodos para avaliação de qualidade e estabelecer metas, levantar necessidades e problemas objetivando identificar áreas de risco, elaborar plano de ação para a equipe, participar de trabalhos de equipes multidisciplinares, elaborar material educativo, orientar participação da comunidade em ações educativas, participar de campanhas de combate aos agravos da saúde, participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador, participar da elaboração de projetos e políticas de saúde, analisar prontuários assegurando o preenchimento completo, propor ações corretivas para as irregularidades analisadas, acompanhar os processos seletivos pertinentes a sua área de responsabilidade e eventualmente cobrir setores de seus pares, desenvolver e garantir a análise de indicadores assistências pertinentes à respectiva unidade.

COORDENADOR DE QUALIDADE, ATENDIMENTO E HUMANIZAÇÃO: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Gestão da Qualidade ou área afim e experiência no mínimo de 02 anos, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições: Manter a instituição organizada e de acordo com os procedimentos vigentes, participar do treinamento novos colaboradores para suas funções, responder não conformidades, acompanhar os processos produtivos, responder por toda rotina do controle da qualidade, participar da comissão interna, visando a definir a prioridade para o plano de implantação do sistema da qualidade, bem como para encontrar a solução para o aumento de produtividade, melhoria de qualidade, mudança e melhoria no processo e na redução de custo, definir e implantar um sistema de ação corretiva no caso de desvio do procedimento ou quando for identificado uma necessidade de modificação em algum procedimento, divulgar a política da qualidade da empresa, por meio da preparação e da distribuição de material sobre o assunto, a organização de curso e a palestra, atuar com a criação de prêmio e de programa especial de divulgação, visando à conscientização e o envolvimento de toda a área da empresa em relação à qualidade, identificar a deficiência em processo, em sistema e em tarefa, promovendo a busca de solução e a programação da ação corretiva, Coordenar o levantamento e a análise do procedimento existente em toda a área da empresa, inclusive da obra, visando a sua padronização e a formalização em procedimento escrito, para a utilização por todo o nível organizacional, coordenar a análise do procedimento e da forma de execução de cada tarefa, visando identificar o método de auditoria para o mesmo procedimento e participar da elaboração do plano anual da atividade relacionada com o sistema de gestão da qualidade. Orientar e coordenar os colaboradores quanto aos procedimentos vigentes dos respectivos setores sob sua responsabilidade; Acompanhar diariamente o agendamento das consultas e atendimento dos colaboradores e demais rotinas que se fizerem necessárias para o bom andamento dos setores; Coordenar o controle da entrada e saída das Declarações de Óbito; Elaborar e acompanhar escalas de trabalho, folgas, férias bem como realizar as rotinas pertinentes a

administração dos profissionais sob sua responsabilidade; Elaborar e Implantar Instruções de Trabalho e fluxogramas referentes ao seu setor; Participar das reuniões sempre que for convidada ou convocada; Informar com antecedência a equipe as datas de reuniões e/ou treinamentos, a fim de que todos participem; Manter atualizado o livro com as atas das reuniões; Exigir dos colaboradores sob sua supervisão que cumpram as normas estabelecidas, conforme sua categoria profissional e área de atuação; Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe, sempre que forem necessárias; Participar da elaboração, análise e validação dos indicadores de qualidade sobre os serviços; Analisar os processos que envolvem o setor de atendimento, com o intuito de melhorar o desenvolvimento do trabalho, bem como buscar a excelência nos serviços prestados; Realizar atividades administrativas pertinentes ao setor; Elaborar, planejar e participar de programas de desenvolvimento profissional e educação continuada da equipe sob sua responsabilidade; Cumprir e fazer cumprir políticas, normas, Manual de Gestão Hospitalar; Supervisionar a atuação da equipe sob sua responsabilidade, garantindo um ambiente adequado para o trabalho e que todas as informações pertinentes ao setor sejam transmitidas e todas as normas sejam cumpridas; Executar outras tarefas correlatas à área.

COORDENADOR DE APOIO TÉCNICO: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos;

processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento Técnico-Administrativo e de Gestão de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico em âmbito hospitalar.

Atribuições: Coordenar a implantação das ações de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis na Instituição; Articular os serviços e práticas assistenciais de apoio diagnóstico e terapêutico às linhas de cuidado; Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à sua unidade; Coordenar o processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos assistenciais dos setores e unidades assistenciais vinculados à sua unidade; Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da sua unidade; Definir metas quantitativas e qualitativas das ações da sua unidade, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação; Monitorar e avaliar o desempenho da atenção prestada no âmbito dos Setores e Unidades Assistenciais vinculados à sua unidade; Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou substituição de tecnologias afetas ao cuidado assistencial praticado na Sua unidade; Assessorar a direção hospitalar no processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Sua unidade; Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado; Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da direção ; Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Sua unidade; Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na

COORDENADOR DE RECURSOS HUMANOS: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Gestão de Recursos Humanos ou área afim e experiência no mínimo de 02 anos, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições: coordenar as atividades relacionadas à observação das leis trabalhistas, contrato coletivo de trabalho e acordos coletivos com o sindicato das entidades de classe e regras internas, se atualizando em dia com as alterações legais, relativas às leis trabalhistas, e supervisiona os analistas de folha de pagamento, coordenar o pagamento das atividades relacionadas ao departamento de pessoal, incluindo salários, comissões, empréstimos, benefícios, etc., preparar a folha de pagamento, verificando que todos os dados foram colocados corretamente, se responsabilizar pelas atividades de descrição, análise e valoração dos postos de trabalho, preparação de estudos de estrutura organizacional e pela preparação da revisão salaria, realizar análise e valoração dos postos de trabalho, preparação de estudos de estrutura organizacional, preparação da revisão salarial, fazer vários cálculos, estudos e análises sobre compensações e benefícios, preparar relatórios administrativos sobre a revisão de resultados para auxiliar nas decisões, executar a saúde laboral e das políticas de segurança, acompanha auditorias externas com o objetivo de garantir que as normas governamentais e organizacionais sejam de conhecimento de todos, supervisionar o trabalho dos técnicos e engenheiros da segurança do trabalho, coordena as atividades relacionadas à observação das leis trabalhistas, contrato coletivo de trabalho e acordos coletivos com o sindicato das entidades de classe e regras internas, adotar soluções com o Sindicato representante e advogados especializados, com relação a problemas trabalhistas.

COORDENADOR DE FROTA: Ensino de Nível Superior em Administração, experiência em Gestão de frota hospitalar.

Atribuições: Atuar na gestão de transportes, desenvolver indicadores, auditar transações de abastecimento, fazer toda administração do operacional de transportes, atuar com manutenção de contratos de fornecedores, garantir a eficiência na operação de transportes, monitorar e prover alta performance na qualidade do serviço prestado, garantir aproveitamento de recursos empregados na operação, estabelecer os contratos com alto nível de segurança junto aos prestadores de serviços e transportadores, realizar todo acompanhamento de entregas, coletas e despachos.

COORDENADOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Gestão de TI ou área afim e experiência no mínimo de 02 anos, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em

liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições: Coordenar e supervisionar atividades da área de Informática, envolvendo a elaboração de projetos de implantação, racionalização e redesenho de processos, incluindo desenvolvimento e integração de sistemas, com utilização de alta tecnologia, elaborar plano de implantação, fazer interface com áreas do cliente para viabilizar o lançamento, acompanhar os indicadores de utilização do sistema, elaborar e executar planos de melhoria para aumentar a utilização do sistema, fazer follow-up das ações de melhoria, identificar novas oportunidades de negócio no cliente, reportar andamento das atividades para seus superiores, coordenar as atividades da área de informática, envolvendo a elaboração de projetos de implantação, racionalização e redesenho de processos, incluindo o desenvolvimento e integração de sistemas, com utilização de alta tecnologia, coordenar os trabalhos de suas equipes, cuidando da avaliação e identificação de soluções tecnológicas, planejamento de projetos e entendimento das necessidades do negócio e dos clientes, negociar com as consultorias para a contratação de desenvolvimento de projetos ou alocação de recursos para o desenvolvimento de atividades de análise e programação, elaborar estratégias e procedimentos de contingências, visando a segurança aos níveis de dados, acessos, auditorias e a continuidade dos serviços dos sistemas de informação.

COORDENADOR DE FARMACIA E INSUMOS: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Farmácia e experiência no mínimo de 02 anos, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições: Responder tecnicamente pela Farmácia da instituição; Planejar, organizar e dirigir os serviços da farmácia observando as leis e as diretrizes de gestão da instituição; Coordenar o trabalho da equipe; Fiscalizar o consumo, anotando e esclarecendo eventuais excessos; Zelar pela eficácia dos serviços da Farmácia; Coordenar os recursos humanos pertinentes a farmácia; Delegar e cobrar funções atribuídas ao grupo; Fornecer parâmetros de custos relacionados a medicamentos dispensados pela farmácia e CCIH; Monitorar os processos executados na central de manipulação de quimioterápicos; Coordenar a elaboração de escala de trabalho, cronograma de férias dos colaboradores, controle de vacinas, controle de periódicos e avaliação dos colaboradores e manter atualizada a Ficha do Colaborador; Promover treinamento e capacitação continua com seus colaboradores e profissionais relacionados ao serviço de farmácia; Zelar pelo cumprimento do contrato de Interação de Processos; Manter atualizados e aplicados os instrumentos normativos do setor; Elaborar e cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe; Levantar e monitorar os resultados dos indicadores do setor, tomando as ações de melhoria cabíveis; Apresentar e zelar pelo controle de Psicotrópicos conforme legislação vigente aos órgãos competentes e de fiscalização; Monitorar os processos executados na central de manipulação de quimioterápicos; Garantir a rastreabilidade dos materiais e medicamentos; Manter atualizado Certificado de Regularidade Farmacêutica junto ao

Conselho de Classe; Acompanhar a solicitação da licença para aquisição de psicotrópicos e entorpecentes junto à Polícia Federal; Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da instituição e outros que venham ser determinados; Executar outras tarefas correlatas à área.

COORDENADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento Técnico-Administrativo e de Gestão de Serviços de Saúde em âmbito hospitalar.

Atribuições: Coordenar os serviços de nutrição e assistência social; Coordenar as atividades da equipe multiprofissional vinculada à sua unidade; Coordenar o processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos assistenciais dos setores e unidades assistenciais vinculados à sua unidade; Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da sua unidade; Definir metas quantitativas e qualitativas das ações da sua unidade, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação; Monitorar e avaliar o desempenho da atenção prestada no âmbito dos Setores e Unidades Assistenciais vinculados à sua unidade; Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou substituição de tecnologias afetas ao cuidado assistencial praticado na Sua unidade; Assessorar a direção hospitalar no processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Sua área ; Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado; Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da direção ; Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Sua unidade; Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas nas unidades.

GESTOR DE OPERAÇÕES EM SAÚDE Formação superior completa. Conhecimento em Administração, Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento Técnico-Administrativo e de Gestão de Serviços de Saúde âmbito hospitalar.

Atribuições: Gerir os serviços almoxarifado, de compras e suprimentos, departamento financeiro, engenharia clínica e manutenção; Articular com os setores do instituto, Gerir as atividades da equipe multiprofissional vinculada à sua unidade; Coordenar o processo de elaboração e implantação dos protocolos dos setores sob sua gestão, Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações do seu setor ; Definir metas quantitativas e qualitativas das ações da sua unidade, bem como os indicadores de

monitoramento e avaliação; Monitorar e avaliar o desempenho da atenção prestada no âmbito dos Setores e Unidades vinculados à sua unidade; Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou substituição de tecnologias; Assessorar a direção hospitalar no processo vinculadas à Sua área; Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da direção ; Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Sua unidade; Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas nas unidades.

SISTEMA DE GESTÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O setor de informática tem como objetivo principal tratar os dados gerenciados por todos os departamentos da Instituição e transformá-los em informação confiável e de fácil acesso, para que assim seja possível aos gestores tomar decisões com base em dados reais, por relatórios ou gráficos.

Tratar e manter o bom funcionamento do banco de dados é a principal tarefa, mas além desta ainda é responsabilidade do T.I o bom funcionamento da rede estruturada, computadores, impressoras e todos os recursos de tecnologia da informação disponíveis no Hospital. Tudo isso para tornar possível aos demais colaboradores o bom andamento de suas atividades, economizando tempo, mão de obra e papel.

O T.I também oferece assistência aos demais setores no que tange a dúvidas e dificuldades em utilizar algum software ou recurso disponível para o exercício de suas atividades, também é atribuído ao T.I o gerenciamento de softwares que garantam a segurança da rede, banco de dados e de toda informação produzida neste ambiente Institucional, através de antivírus, firewalls e servidores Proxy.

Direta e/ou indiretamente todos saem beneficiados com o bom funcionamento de um setor de T.I na área hospitalar, sejam os pacientes que tem suas informações salvas e disponíveis aos profissionais de saúde, tornando assim mais fácil o diagnóstico e tratamento de suas enfermidades, ou aos profissionais que mantém um melhor controle dos dados de seus pacientes, de fácil acesso e confiabilidade, livre de possíveis extravios, ou também aos gestores que com poucos cliques podem visualizar em tempo real a situação financeira da Instituição, a quantidade de atendimentos, a folha de pagamento e sua previsão para o próximo mês, tudo isso com um único objetivo, melhorar cada dia mais a qualidade do atendimento ao cliente.

O sistema que será implantado no hospital de Bertioga utiliza tecnologia Web, disponibilizado em módulos específicos, os quais deverão trabalhar de forma integrada com os dados e informações. O mesmo será hospedado em uma estrutura de data Center com confiabilidade, disponibilidade, segurança e integridade.

a seguir um descritivo de cada módulo (essa realidade irá se adaptar ao hospital de bertioga atraves de um diagnóstico situacional).

Módulo Cadastro funcionará como o principal módulo e deverá compor uma base bastante consistente de dados cadastrais do paciente que será composta a partir da sincronização entre as bases federal e municipal. A seguir as principais funcionalidades do módulo Cadastro:

Cadastro de Usuários;

Edição de Dados do Cadastro;

Pesquisa de Usuários.

Módulo Assistencial de Saúde (EAS)/Profissional permitirá a importação de todos os registros através do arquivo Extensible Markup Language (XML) disponibilizado via Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Que tem como principal objetivo, segundo o Ministério da Saúde, operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

A seguir as principais funcionalidades do módulo Estabelecimento /Profissional:

Importação do Arquivo XML dos Municípios e EAS.

Cadastro de Profissionais; e

Pesquisa de Profissionais e EAS.

Módulo Segurança será de primordial importância pois irá garantir que o usuário tenha acesso restrito às funcionalidades do perfil que for parametrizado pelos gestores.

A seguir as principais funcionalidades do módulo Estabelecimento /Profissional:

Criação de Perfil;

Edição de Perfil;

Pesquisa de Perfil;

Cadastro de Profissionais para operacionalização do sistema;

Edição de Dados dos Profissionais habilitados para operacionalização dos sistema;

Pesquisa de Profissionais; e

Alteração de Senhas.

O módulo possibilitará também a auditoria sobre as ações que os profissionais realizarem no sistema.

Módulo Acolhimento será responsável pela recepção e atendimento de forma humanizada e transparente.

A priorização do atendimento poderá ser definida pelo Gestor da Unidade através de parametrização.

O fluxo iniciará com a emissão de senha para o paciente, a mesma será chamada por no máximo 3 (três) vezes, através de monitor/tv presente na recepção e indicará em que local ocorrerá o atendimento.

A seguir as principais funcionalidades do módulo Estabelecimento /Profissional:

Classificar atendimentos por tipo;

Disponibilizar **ao setor ou profissional** responsável pelo atendimento uma lista com os nomes dos pacientes para cada serviço prestado pela unidade;

Gerar uma numeração seqüencial e automática para cada serviço prestado;

Disponibilizar a função para "**finalizar**" o atendimento que permitirá o chamar o próximo paciente.

Monitorar o tempo médio para o serviço prestado;

Emitir um ticket para cada serviço que o paciente necessite de atendimento;

Reinicializar a numeração de senha a partir da mudança da data no sistema.

Neste módulo no momento em que os pacientes estiverem aguardando atendimento serão exibidos vídeos educativos com dicas de saúde,serviços do SUS e divulgação de campanhas (vacinação, diabetes, DST, etc).

Módulo Faturamento que terá como objetivo automatizar todo o processo de faturamento da produção da unidade. Este módulo irá permitir a partir das informações geradas pelos outros módulos consolidar toda a produção do estabelecimento. Esta operação será realizada por meio da consolidação da execução dos procedimentos realizados pela unidade executante tendo sua FPO como teto limitante. Vale ressaltar que esta parte do sistema estará visando maior controle, transparência e credibilidade no processo de faturamento do município, e contribuirá também na redução de custos já que o que controle será em tempo real, a medida que a gestão e o executante poderá tirar um extrato a qualquer momento do que foi executado, além de tornar uma ferramenta para auxiliar na auditoria dos procedimentos realizados.

Outro ponto importante é o registro dos atendimentos ambulatoriais. O processamento do faturamento que poderá ser feito de forma automática e exportado, conforme layout definido pelo ministério da saúde, através do sistema de informação ambulatorial (SIA) será automaticamente alimentado, ou seja, o sistema deverá exportar toda a produção do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) consolidado, individualizado e APAC para o SIA. Desta forma não será mais necessária digitalização da produção no sistema do boletim de produção ambulatorial (BPA) e APAC, pois o sistema passará a gerar prévia e arquivo com layout oficial para importação direto no SIA além do arquivo de remessa para conferência dos registros.

Módulo Atendimento terá como maior premissa registrar e reunir de forma eletrônica os dados referentes aos atendimentos.

Quanto ao atendimento, o sistema deverá permitir integração com os demais módulos do sistema o que proporcionará conhecimento e dimensionamento do histórico de saúde do paciente.

A integração entre o módulo atendimento, acolhimento e cadastro permitirá que seja iniciado o fluxo de registro dos dados e informações de saúde no sistema. Por meio de uma consulta aos dados cadastrais através do número do CNS ou biometria, o paciente terá os atendimentos registrados, e uma senha para cada serviço selecionado deverá ser

emitida. Para os atendimentos o paciente será chamado através de sinalizações visuais e sonoras de um painel eletrônico.

Neste módulo deverão ser registrados todas as notificações de agravo em saúde, permitindo aos gestores e profissionais conhecer em tempo real a realidade sanitária da população.

Os dados e informações em saúde registrados no sistema deverão ser exportados para os sistemas Ministeriais obedecendo aos padrões pré-estabelecidos e atendendo plenamente a demanda de informações em saúde dos pacientes do município.

Dentre as principais funcionalidades disponibilizadas pelo modulo atendimento estarão:

Gerar registro único e eletrônico dos dados e informações saúde do paciente (prontuário eletrônico);

Associar registro eletrônico de atendimentos ao número de Cartão SUS;

Gerar arquivo com dados para exportação aos sistemas ministeriais;

Parametrizar tipos de atendimentos, serviços de saúde atendidos;

Parametrizar critérios de ingresso de pacientes.

Módulo Farmácia será responsável por controlar o estoque de medicamentos/penso da farmácia, constituir estoque da farmácia contemplado através cadastro de nota fiscal do fornecimento dos medicamentos/penso como também a dispensação realizada para o paciente. Dentre as principais funcionalidades disponibilizadas neste módulo estão:

Cadastrar unidades de medida;

Cadastrar grupos de medicamentos;

Cadastrar fabricantes;

Cadastrar medicamento;

Cadastrar consumo interno de medicamentos (uso ambulatorial);

Registrar a prescrição (receita);

Validar prescrição (receita) verificando validade de acordo com a data inserida no sistema;

Registrar medicamentos dispensados;

Consultar estoque;

Realizar abertura e encerramento de inventário;

Registrar movimentação de estoque através dos tipos de movimentos disponíveis no sistema;

Manter histórico de movimentações realizadas;

Consultar movimentações;

Realizar solicitação de Requisição de Material (RM);

Manter histórico de RM com indicação do status;

Cadastrar lotes de medicamentos;

Confirmar recebimento de RM;

Registrar nota fiscal;

Cadastrar fornecedor;

Registrar movimentação de estoque;

Principais Relatórios a serem disponibilizados: Posição de estoque; Movimentação diária; Lotes de medicamentos a vencer; Consumo mensal; Produção do usuário; Consolidado de RM; e Relatório portaria ministerial nº 344/1988.

O fluxo de solicitação de medicamentos/penso desde a requisição da farmácia, até o fornecimento realizado pela farmácia central deverá ser registrado neste módulo.

Módulo Laboratório deverá permitir o registro de todos os exames laboratoriais disponibilizado, contemplando todo o fluxo desde a solicitação até a emissão de laudos dos exame.

As solicitações de exames serão registradas no módulo a partir dos postos de coleta existentes, a identificação das amostras coletadas será feita através da geração de etiquetas de código de barra para cada exame solicitado/registrado.

Para o registro das solicitações de exames, o módulo de laboratório estará integrado com os módulos acolhimento e cadastro do sistema.

Os exames registrados deverão ser encaminhados via sistema para o laboratório de análises, juntamente com as amostras colhidas, onde terão sua identificação através das etiquetas de código de barras pelos equipamentos laboratoriais.

Quanto ao processamento das amostras, o módulo deverá disponibilizar funcionalidades de leitura e interpretação do código de barras das etiquetas, permitir o interfaceamento com equipamentos laboratoriais de acordo com parâmetros de funcionamentos de cada tipo e capacidade de processamento, permitirá realizar a interpretação e análises dos resultados das amostras processadas, disponibilizar interface para parametrização de exames, entre outros.

No tange os resultados dos processos das amostras, deverá permitir parametrização das informações para a composição do laudo de acordo para cada tipo de exame e gerar arquivo para impressão.

O módulo deverá gerar arquivo dos laudos e permitir a impressão via internet a partir de acesso devido e parametrizado.

Os exames solicitados serão registrados e encaminhados via sistema para o laboratório central, juntamente com as amostras colhidas que terão sua identificação realizada através das etiquetas de código de barras.

Neste módulo existirá possibilidade de integração com outros sistemas de gerenciamento laboratorial, além de disponibilizar a impressão online dos laudos.

O módulo deverá manter, garantir e disponibilizar todo histórico de solicitações de exames realizados pelos pacientes da rede municipal.

Dentre as principais funcionalidades disponibilizadas pelo modulo estarão:

Parametrizar a formatação de laudos;

Cadastrar exame laboratorial;

Cadastrar equipamento laboratorial;

Gerar etiqueta de código de barras para identificação de amostras;

Permitir o interfaceamento de equipamentos de processamentos de amostras laboratoriais independente do tipo;

Manter histórico das solicitações de exames solicitados;

Permitir a rastreabilidade das amostras;

Parametrizar regras de acesso aos exames sigilosos;

Módulo de Serviço de apoio e relatórios gerenciais, Business Intelligence-BI, esse modulo será responsável pelo processo de gerenciamento da unidade, no que se refere a coleta, fornecimento de acesso e análise de dados e informações geradas a partir das operações realizadas nos outros módulos contemplados neste projeto, bem como a integração das informações migradas de outros sistemas do município, permitindo a produção de informações úteis ao processo de mudança e transformação da gestão, de forma a responder satisfatoriamente aos objetivos e metas, contribuindo para o avanço da saúde pública e conseqüentemente melhoria das condições de vida da população.

Dentre as principais funcionalidades disponibilizadas pelo modulo estarão:

Geração de relatórios gerenciais que atendam aos indicadores;

Geração das informações necessárias para Secretaria Municipal de Saúde;

Integração com informações migradas de outros sistemas do município;

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O Serviço de Enfermagem está vinculado diretamente à direção técnica e será coordenado exclusivamente por enfermeiro. O Serviço de Enfermagem é representado por uma coordenação e supervisores de setores.

Conforme RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 que "Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências; " o serviço de enfermagem do hospital será pautado totalmente na Sistematização da Assistência Enfermagem (SAE).

A SAE contribui na organização do gerenciamento do cuidado, corroborando com registro sistemático e padronizado nos prontuários, viabilizando a rotatividade de leitos através da agilidade na resolução de problemas, além de valorizar a atuação do enfermeiro e garantir uma assistência de qualidade ao paciente (CASTRO E CAIXETA, 2012).

O processo de enfermagem é um instrumento utilizado para dinamizar e efetivar a SAE nos serviços de saúde. Fundamentado na investigação e documentação sistemática de informações sobre um indivíduo frente suas necessidades humanas, divididas em caráter físico, psicológico e emocional, durante um momento do seu ciclo vital, tem como objetivo resgatar subsídios para promover o melhor cuidado através de diagnósticos de enfermagem, intervenções inerentes a demanda projetada de sua necessidade, podendo ser aplicado individualmente e na coletividade (GARCIA E NÓBREGA, 2009).

O serviço de enfermagem do hospital deve desenvolver uma prática da assistência de enfermagem com qualidade através da sistematização da assistência, por meio de métodos ou processos específicos, promovendo capacitações para os profissionais de enfermagem, priorizando a urgência e emergência, buscando sempre a excelência e, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população assistida no hospital e praticando uma enfermagem ética, humanista, compromissada e livre de danos; desenvolvendo no enfermeiro um pensamento científico; prezando pela Responsabilidade Social; desenvolvendo competências pessoais; tendo comprometimento institucional e compromisso com a qualidade da assistência prestada.

Proposta Regimento do Serviço de Enfermagem

O presente Regimento foi elaborado segundo Normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

CAPÍTULO I

Missão do serviço de Enfermagem

Promover o crescimento e desenvolvimento da equipe de enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor. O Hospital de Bertioga oferecerá à comunidade assistência humanizada em saúde, com qualidade.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I – Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações;

II – Executar os cuidados de Enfermagem de todas as unidades do HMB, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;

III – Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos do Hospital;

IV – Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das especialidades;

V – Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada do Hospital;

VI – Servir de campo de aprendizado, contribuindo com Escolas de Enfermagem e Instituições Educacionais conveniadas na formação dos profissionais para Equipe de Saúde;

VII – Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas do HMB;

VIII – Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);

IX – Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários do HMB, em particular aqueles do Serviço de Enfermagem;

X – Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos nas unidades do

HMB;

XII – Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

XII I- Instituir a Sistematização da Assistência de Enfermagem que será realizada a partir de duas (2) horas, em que o paciente se encontrar em observação na unidade, sendo responsabilidade do Enfermeiro de plantão realizar a SAE e caberá ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem realizar a checagem da prescrição de enfermagem

CAPÍTULO III

Da Posição no Organograma

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente ao Diretoria Técnica por meio de sua gerência de enfermagem, atuando junto às Diretorias Administrativa/Técnica do Hospital.

FORMADO POR:

- Gerente de Enfermagem (especialista em Gestão e gerenciamento em

Enfermagem);

- Supervisoras de Enfermagem (especialistas na área de atuação);

- Enfermeiros assistenciais;

- Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem;

- Auxiliar administrativo da Gerência de Enfermagem;

CAPÍTULO IV

Da Constituição

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem do Hospital Municipal de Bertioga, constitui se das seguintes unidades de trabalho:

I – Gerência de Enfermagem

II – Setores das Unidades de Internações, compreendendo:

Setor de Clínica Médica; Psiquiatria e Infectologia

Setor de Clínica Pediátrica,

Setor de Clínica Cirúrgica,

III –Setores da Maternidade e Centro Obstétrico, compreendendo:

Centro Obstétrico;

Sala de acolhimento a gestante;

Sala de exames;

Sala de Observação;

Setor de Maternidade e Alojamento Conjunto.

III –Setores do Centro Cirúrgico (CC), compreendendo:

Salas operatórias;

Salas de Recuperação Anestésica (RA);

IV-- Setor da Central de Material e Esterilização (CME), compreendendo:

Expurgo da CME;

Sala de acondicionamento de material;

Sala de esterilização;

Arsenal de material estéril.

V – Setor do Pronto Atendimento, compreendendo:

Sala de Emergência,

Sala de Estabilização,

Sala de Observação (masculina, feminina e pediátrica),

Sala de Medicação/ Procedimentos,

Sala de Acolhimento Classificação de Risco.

Sala de Gesso;

Sala de Curativos

VI - Serviços SADT. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Setor de Diagnóstico por Imagem e por Métodos Gráficos compreendendo:

Diagnóstico por radiologia;

Diagnostico Mamografia

Diagnóstico por ultrassonografia, Ultrassonografia com dopller;

Diagnóstico por tomografia (contraste e sedação),

Diagnóstico por ressonância magnética (contraste e sedação);

Diagnóstico por Endoscopia (colonoscopia, retossigmoidoscopia, endoscopia digestiva alta (com ou sem biópsia));

Diagnóstico por métodos gráficos (eletrocardiograma),

- Setor de Diagnóstico análise clinicas.

VI - Setores Apoio.

Comissão de Ética de Enfermagem

Comissão de Revisão de Óbitos;

Comissão de Farmacoterapêutica

Comissão de Revisão de Prontuários;

Comissão de Controle e Infecção Hospitalar;

Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde;

Comissão de Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente;

Núcleo de Vigilância Epidemiológica,

Comissão Interna de Mortalidade Materno-Infantil.

CAPÍTULO V

Da Competência

Art. 4º - Ao Serviço de Enfermagem das **Unidades de Internação** compete:

I. Admitir pacientes adultos e pediátricos;

II. Executar procedimentos de pré e pós-operatório respeitando os princípios de humanização e qualidade;

III. Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem-estar do paciente;

IV. Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos;

V. Colaborar com o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);

VI. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

VII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

VIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

IX. Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais, drogas e medicamentos colocados à sua disposição;

X. Apresentar relatório trimestral das atividades realizadas e do movimento estatístico;

XI. Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem;

XII. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino que mantenham convênio com o hospital para campo de estágio de seus alunos;

XIII. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;

XIV. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 5º - Ao Serviço de Enfermagem da **Maternidade** compete:

I. Assistir à parturiente e puérpera, atendendo às suas necessidades, seja no parto normal ou cirúrgico;

II. Verificar e controlar o foco fetal e a dilatação uterina de acordo com as necessidades;

III. Comunicar ao médico responsável as alterações no estado da parturiente ou do feto;

IV. Prestar assistência imediata ao recém-nascido normal ou prematuro, atendendo as suas necessidades;

V. Orientar a mãe quanto às necessidades do recém-nascido (RN);

VI. Orientar a família sobre os cuidados com o RN e a mãe no puerpério;

VII. Apresentar relatório trimestral das atividades realizadas e do movimento estatístico da unidade;

VIII. Propiciar um ambiente seguro de trabalho, mantendo em perfeitas condições todos os equipamentos das salas de pré-parto e de parto;

IX. Divulgar indicadores de qualidade;

X. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino que mantenham convênio com o hospital para campo de estágio de seus alunos;

XI. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

XII. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

XIII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

XIV. Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;

XV. Desenvolver orientações às gestantes e acompanhantes nas Unidades Básicas de Saúde referenciadas para o HMB;

XVI. Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN, amamentação e cuidados pós alta;

XVII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 6º - Ao Serviço de Enfermagem da **Unidade do Centro Cirúrgico** compete:

I. Receber e dar assistência integral ao paciente que será submetido à cirurgia;

II. Cumprir as normas técnicas específicas para o funcionamento do setor;

III. Atender a equipe médica, de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho;

IV. Propiciar um ambiente seguro de trabalho, mantendo em perfeitas condições todos os equipamentos das salas de operação;

V. Atender o paciente antes, durante o trans-operatório e no pós-operatório dentro do Serviço;

VI. Fixar rotinas de marcação de cirurgias que permitam a preparação prévia das salas, equipamentos, medicamentos e materiais;

VII. Controlar e marcar os gastos dos materiais, medicamentos e produtos;

VIII. Preparar de forma adequada a sala de recuperação anestésica com os materiais, medicamentos de urgência e equipamentos para atendimento específico do paciente;

IX. Prestar assistência ao paciente na Sala de Recuperação Anestésica;

X. Encaminhar o paciente para a unidade de origem, após avaliação de alta assinada pelo anestesista;

XI. Manter sigilo profissional e conduta ética de todos os procedimentos realizados no centro cirúrgico, a fim de manter um ambiente de trabalho seguro e harmonioso;

XII. Apresentar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico das unidades;

XIII. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino que mantenham convênio com o hospital para campo de estágio de seus alunos;

XIV. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

XV. Divulgar indicadores de qualidade;

XVI. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

XVII. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

XVIII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital.

Art. 7º - Ao Serviço de Enfermagem da **Unidade Centro de Material** compete:

I. Receber, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir materiais, roupas cirúrgicas e instrumentais, utilizados nas unidades hospitalares e PA;

II. Manter em perfeito funcionamento os aparelhos de limpeza, inspeção e de materiais cirúrgicos;

III. Realizar testes de segurança de esterilização, conforme rotina estabelecida pela chefia do setor e em concordância com o serviço de controle de Infecção Hospitalar do HMB;

IV. Efetuar o inventário anualmente, em período estabelecido pela Chefia;

V. Elaborar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico de todo o material;

VI. Divulgar indicadores de qualidade;

VII. Colaborar com as Escolas de Enfermagem e outras Instituições de Ensino conveniadas com o hospital para campo de estágio de seus alunos;

VIII. Executar pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

IX. Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

X. Cooperar com os demais Serviços do Hospital;

XI. Realizar reuniões para planejamento de materiais de acordo com mapas cirúrgicos.

CAPÍTULO VII

Do Pessoal

Art. 8 - À Gerente de Enfermagem compete:

I. Ser responsável técnica pelo Serviço de Enfermagem;

II. Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;

III. Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;

IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;

V. Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;

VI. Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;

VII. Colaborar com as Diretorias Técnica e Administrativa;

VIII. Passar visita diariamente em todas as Unidades do HMB;

IX. Incentivar a pesquisa científica na sua equipe;

X. Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de

Enfermagem;

XI. Interagir com os demais Serviços de apoio do Hospital para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

XII. Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;

XIII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;

XIV. Acompanhar os programas de estágios das Instituições de Ensino de Enfermagem que mantenham convênio com o hospital, utilizando-o como campo de estágio para seus alunos;

XV. Desenvolver programas de auditoria dos processos de Enfermagem;

XVI. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

XVII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em

Enfermagem;

XVIII. Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Hospital;

XIX. Realizar avaliação de desempenho anualmente da sua equipe de enfermagem.

Art.9 - Ao Profissional Enfermeiro Supervisor dos setores compete:

I. Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagens nas Unidades afins;

II. Passar visita nos setores sob sua supervisão diariamente;

III. Auditar os procedimentos de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, bem como os prontuários;

IV. Executar diariamente remanejamento dos profissionais e checagem das escalas de trabalho;

V. Supervisionar as escalas de serviço desenvolvidas pelos profissionais Enfermeiros;

VI. Participar das reuniões científicas ou administrativas e passar as informações devidas à equipe de trabalho;

VII. Desenvolver trimestralmente reuniões com técnicos, auxiliares e profissionais enfermeiros;

VIII. Colaborar com a Gerência do Serviço de Enfermagem no desempenho de suas atividades, substituindo-a em suas ausências e/ou impedimentos;

IX. Avaliar técnicas e rotinas de Serviço, ajudando na implantação e nas mudanças;

X. Registrar ocorrências e alterações no tratamento aos pacientes;

XI. Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das Unidades afins;

XII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de enfermeiros de seus setores.

Art. 10 – À (Ao) Enfermeira (o) compete:

I. Atender às solicitações da Coordenação de Enfermagem;

II. Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;

III. Planejar a escala de serviço da Unidade;

IV. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

V. Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;

VI. Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente;

VII. Participar dos programas de Educação Continuada;

VIII. Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;

IX. Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;

X. Assistir à passagem de plantão;

XI. Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;

XII. Requisitar materiais e medicamentos;

XIII. Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;

XIV. Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;

XV. Participar de pesquisas em enfermagem;

XVI. Atender ao público e às visitas aos pacientes;

XVII. Colaborar com os alunos e professores nos estágios;

XVIII. Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de auxiliares / técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Art. 11 - Ao Técnico de Enfermagem compete:

I. Assistir à passagem de plantão;

II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;

III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

IV. Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;

V. Executar os procedimentos do pré, trans e pós-operatório;

VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;

VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;

VIII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;

IX. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;

XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;

XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;

XIV. Atender o público e visitas dos pacientes;

XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

Art. 12 - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

I. Assistir à passagem de plantão;

II. Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;

III. Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;

IV. Executar procedimentos de enfermagem de sua competência;

V. Executar os procedimentos de enfermagem do pré, trans e pósoperatório;

VI. Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;

VII. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;

VIII. Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;

IX. Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

X. Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

XI. Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;

XII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;

XIII. Zelar pelos equipamentos de sua unidade;

XIV. Atender ao público e as visitas dos pacientes;

XV. Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

CAPÍTULO VIII

Do Pessoal, seus Requisitos e Deveres

Art. 13 - Os requisitos exigidos para o cargo de Gerência do Serviço de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN;

II. Diploma de Enfermeira (o);

III. Diploma ou Título de Especialização em área de gestão, ou gerenciamento em enfermagem e/ou Administração Hospitalar;

IV. Experiência profissional de dois anos no campo de coordenação;

V. Conhecimento geral para direção de Serviços de um hospital;

VI. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

VII. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

VIII. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Art. 16 - Os requisitos exigidos para o cargo de Supervisão de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN;

II. Cursos de especialização em áreas afins as quais coordena;

III. Experiência profissional de dois anos;

IV. Conhecimento específico e abrangente para a área de Supervisão;

V. Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

VI. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares.

Art. 18 - Os requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro de Unidade são:

I. Certificado do COREN;

II. Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;

III. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

IV. Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;

V. Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;

VI. Ter experiência de um ano na área de atuação.

Art. 17 - Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;

II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;

IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Art. 18- Os requisitos para o cargo de Auxiliar de Enfermagem são:

I. Certificado do COREN dentro de sua categoria;

II. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

III. Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;

IV. Ter experiência de seis meses na área de atuação.

CAPÍTULO IX

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 19 - O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Art. 20 - Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.

Art. 21 - Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Enfermeira da Unidade, supervisão e gerência de enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.

Art. 22 - Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Supervisão ou Gerência de Enfermagem.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23 - O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 24 - O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

Art. 25 - Os serviços de Assessoria, estabelecidos no inciso VI do Art. 3º deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regulamento Interno.

Art. 26 - Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da gerente de enfermagem.

Parágrafo 1º-As alterações propostas neste artigo deverão ser submetidas à da direção do HMB.

DEPARTAMENTO FINANCEIRO

SETOR DE TESOURARIA

Terá como objetivo garantir recursos para que o INTS liquide seus compromissos de forma eficiente, ou seja, com um mínimo de recursos ociosos ou subutilizados no caixa. O objetivo do planejamento financeiro é minimizar os custos destes erros de projeção, que sempre ocorrerão. Pagamentos e cobranças são parte integrante da gestão de tesouraria.

Algumas funções da tesouraria

Gestão de contas bancárias;

Reconciliações;

Processamento de pagamentos e cobranças - O agendamento de pagamentos e cobranças deverá estar disponível para que se possa entender os fluxos de entrada e de saída de dinheiro futuros;

Previsões de tesouraria - Incluem as previsões para os setores e necessitam de ser consolidadas numa previsão central. Períodos de tempo, tais como curto prazo vs longo prazo, necessitam de ser especificados. Os modelos de previsões de tesouraria necessitam de ser desenvolvidos e apreciados, os fluxos de tesouraria devem ser classificados de forma apropriada; por exemplo, autorizado, não autorizado, orçamental ou financeiro;

Competências

a) emitir relação das ordens bancárias externas com detalhamento de fornecedores e respectivos valores a serem pagos, de acordo com a programação financeira, para serem assinados pela Diretoria Administrativa, para a realização de pagamentos;

b) efetuar recolhimentos de todos os impostos correspondentes, com emissão de correspondentes guias;

c) elaborar Relatórios sobre o movimento financeiro;

SETOR DE FATURAMENTO

A fim de conceituarmos o termo faturamento hospitalar, dentro de uma organização complexa com seus departamentos integrados e harmônicos, sendo este o principal e fundamental fator para se alcançar a modernidade e coletividade da organização de saúde. Portanto a principal idéia e meta de um setor que venha faturar um prontuário ou serviço

prestado deverá ser integrado ao conjunto, pois será uma atividade de fim, tornando de grande valia o processo elaborativo do mesmo.

O INTS adotará um sistema que será utilizará tecnologia Web, disponibilizado em módulos específicos, os quais deverão trabalhar de forma integrada com os dados e informações. O mesmo será hospedado em uma estrutura de data Center com confiabilidade, disponibilidade, segurança e integridade.

Um dos módulos será o de Faturamento que terá como objetivo automatizar todo o processo de faturamento da produção da unidade. Este módulo irá permitir a partir das informações geradas pelos outros módulos consolidar toda a produção do estabelecimento. Esta operação será realizada por meio da consolidação da execução dos procedimentos realizados pela unidade executante tendo sua FPO como teto limitante. Vale ressaltar que esta parte do sistema estará visando maior controle, transparência e credibilidade no processo de faturamento do município, e contribuirá também na redução de custos já que o que controle será em tempo real, a medida que a gestão e o executante poderá tirar um extrato a qualquer momento do que foi executado, além de tornar uma ferramenta para auxiliar na auditoria dos procedimentos realizados.

Outro ponto importante é o registro dos atendimentos ambulatoriais. O processamento do faturamento que poderá ser feito de forma automática e exportado, conforme layout definido pelo ministério da saúde, através do sistema de informação ambulatorial (SIA) será automaticamente alimentado, ou seja, o sistema deverá exportar toda a produção do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) consolidado, individualizado e APAC para o SIA. Desta forma não será mais necessária digitalização da produção no sistema do boletim de produção ambulatorial (BPA) e APAC, pois o sistema passará a gerar prévia e arquivo com layout oficial para importação direto no SIA além do arquivo de remessa para conferência dos registros.

Organização

O setor de faturamento faz parte do serviço administrativo e está diretamente subordinado à Direção Administrativa, e pode ser coordenado por um chefe imediato de setor.

Do pessoal e seus requisitos

O pessoal do setor de faturamento é classificado em:

Chefe ou responsável pelo setor.

Auxiliares de Faturamento.

Os requisitos exigidos, a cada uma das categorias, são:

I – Chefe de Faturamento

1. Formação ao nível de 3º Grau.
2. Conhecimento sobre Administração Publica
3. Experiência e conhecimento na área hospitalar.

4. Qualidade de liderança.
5. Conhecimento de informática.
6. Conhecimento de faturamento do SUS
7. Conhecimento de medicamentos.
8. Espírito de colaboração.
9. Ética profissional.

II – Auxiliares de Faturamento

1. Formação ao nível de 2º Grau ou cursando 3º Grau.
2. Conhecimentos de Informática.
3. Conhecimento básico de faturamento do SUS;
4 Conhecimento básico de medicação.
5. Espírito de colaboração.
6. Boas relações humanas.
7. Aceitação da autoridade, supervisão e disciplina.
8. Ética profissional.

SETOR DE CONTABILIDADE

O setor de Contabilidade do Hospital é responsável por toda área contábil do, tais como a escrituração dos livros contábeis e a elaboração das demonstrações financeiras, tais como demonstração do Superávit, déficit do Exercício, Balanço Patrimonial, Demonstração do Fluxo de Caixa e Demonstração das Mutações do patrimônio Social.

Este setor é responsável também por elaborar e controlar toda a parte tributária e de pessoal, bem como toda parte de legislação Federal, Estadual e Municipal, respondendo também pela prestação de contas do Hospital e PA e Samu perante os Órgãos Competentes.

Tem por missão assegurar a integridade das contas do HC-UFTM, mediante assessoramento aos gestores, com relação aos aspectos contábeis, orçamentários, financeiros e patrimoniais.

Constituem produtos do setor:

I - Demonstrações contábeis;

II - Declarações de Imposto de Renda, de contribuições de tributos federais e Imposto de Renda Retido na Fonte, referentes aos serviços prestados no nas unidades.

III - notas contábeis, referentes a inconsistências detectadas pela Contabilidade;

IV – Fornecimento de informações contábeis como instrumentos de gestão;

V - Pareceres contábeis, referentes a análises técnicas solicitadas;

VI - Relatórios contábeis, referentes a informações solicitadas;

VII - Declaração do contador para o Relatório de Gestão;

VIII - Processo de Prestação de Contas, quando solicitado pela sede, SMS e outros órgãos regulamentadores

Constituem funções operacionais de responsabilidade do setor:

I - registro dos livros fiscais no órgão de registro do comércio e na Secretaria da Fazenda local;

II - escrituração dos livros fiscais;

III - requisição e controle de documentos de regularidade fiscal, tributária e previdenciária do hospital nas repartições públicas;

IV - atualização de arquivo referente às legislações fiscal, tributária e previdenciária e aos serviços contábeis;

V - recebimento, registro, guarda E controle da documentação dos recebimentos e pagamentos efetuados, bem como dos documentos relativos aos serviços de contabilidade fiscal;

VI - avaliação e certificação da legalidade da documentação e dos registros contábeis referentes aos serviços de contabilidade fiscal;

VII - recebimento, registro, guarda e controle da documentação e movimentação de numerários;

VIII - promoção do controle das garantias contratuais;

IX - avaliação e certificação da legalidade da documentação e dos registros contábeis referentes aos serviços de contabilidade gerencial;

X - elaboração, assinatura e divulgação das demonstrações contábeis mensais, semestrais e anuais, bem como dos relatórios por tipo de atividade, fonte de recurso, centro de custo e unidade gestora;

XI - acompanhamento do registro e controle dos bens patrimoniais, permanentes e de consumo, das unidades,

XII - realização da conformidade contábil;

XIII - registro dos livros comerciais no órgão de registro do comércio e na Secretaria da Fazenda local;

XIV - escrituração dos livros comerciais;

XV - atualização de arquivo referente às legislações comercial e aos serviços contábeis;

XVI - recebimento, registro, guarda e controle da documentação dos recebimentos e pagamentos efetuados relativos aos serviços de contabilidade de custos;

XVII- definição, acompanhamento, avaliação e controle dos centros de atividades específicos para todas as atividades executadas pelo hospital;

XVIII – projeção e comparação dos custos contratuais;

XIX – apuração dos custos do complexo HOSPITAL/PA/SAMU;

XX - acompanhamento, avaliação e certificação da legalidade da documentação e dos registros contábeis referentes aos serviços de contabilidade de custos;

XXI - elaboração de fluxos de procedimentos internos;

XXII - emissão de Declaração pelo Contador responsável, por ocasião da elaboração do Relatório de Gestão;

XXIII - organização do Processo de Contas, quando solicitado pela Sede;

XXIV – monitoramento e execução das atividades do Plano Diretor Estratégico (PDE) das quais o Setor de Contabilidade participa;

XXV – cálculo dos indicadores do Setor de Contabilidade;

XXVI – participação em Grupos de Trabalho (GT);

XXVII – elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP);

XXVIII – geração da Declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte (DIRF) e entrega do comprovante de retenções tributárias para todos os fornecedores.

A estrutura organizacional hospitalar foi baseada, em alguns padrões básicos e de capacidade que as compõe, determinam e acompanham seu funcionamento e serviços. Para isso propomos a divisão por setores seguindo as premissas abaixo descritas.

A visão voltada à Administração está dividida em cinco elementos:

1.Administrativo geral: direciona-se aos aspectos legais da administração; estatísticas e processamento de dados, métodos, técnicas administrativas e adequação aos resultados; estudo das rotinas de cada serviço; estudo das características humanas da organização e de seus relacionamentos, internos e com a comunidade; manutenção da comunicação eficiente; estabelecimento de padrões e normas de avaliação; análise do funcionamento e para redução de custos; estudo das características do corpo clínico e de suas relações com os demais; avaliação da composição das entidades mantenedoras da organização;

avaliação da eficiência institucional; elaboração de relatórios periódicos e relatos dos estudos citados;

2.Serviços: releva as necessidades dos pacientes (para garantir atendimento seguro e eficiente); determinação das dimensões ideais dos serviços médicos e auxiliares de diagnóstico e tratamento; viabilidade de implantação de plano de saúde próprio; estudos dos efeitos emocionais e físicos dos tratamentos utilizados; avaliação dos serviços médicos, das normas, rotinas, técnicas, equipamentos, instalações e pessoal dos serviços; análise dos tipos e sistemas de arquivos médicos; avaliação do serviço social dispensado aos usuários durante sua permanência e recuperação; pesquisa dos aspectos gerais da farmácia hospitalar, do serviço de alimentação, do processamento de roupa, dos serviços de limpeza, higienização e esterilização (atendimento, funcionamento, custo, pessoal, equipamento, viabilidade); avaliação do desempenho de suporte cirúrgico, obstetrício e demais procedimentos; análise dos demais serviços agregados ao serviço do hospital.

3.Recursos humanos (RH): é voltado para desenvolvimento e implantação de normas para os recursos humanos; apreciação dos aspectos das relações humanas no cuidado do paciente e na organização do hospital; análise de cargos e funções para permissão da uniformidade nos serviços, benefício dos pacientes e do hospital, além de satisfação pessoal; estudo das metodologias de seleção e recrutamento; desenvolvimento de programas de orientação, treinamento e capacitação (especialmente para implantação de automação ou CIPA ou outros programas); estudo de qualificações, número de funcionários necessários, apreciação de habilidades e técnicas; estudo sobre administração de pessoal, custos, rotatividade, frequência, desempenho e segurança;

4.Materiais e patrimônio: responde pela administração de patrimônio e materiais existentes no hospital; pelo abastecimento de materiais necessários às áreas/setores do hospital e seus respectivos departamentos; tem também como atribuição a aquisição de patrimônio para o empreendimento; análise das necessidades dos setores e no seu suprimento; trabalha com avaliações de compras e com análises de custo/benefício dos bens ou materiais que precisa adquirir; tem responsabilidade ainda sobre os setores de manutenção e suporte aos bens ou equipamentos. Ressalvado que dependendo do âmbito do hospital (público ou particular), há a possibilidade destas atividades envolverem processos de aquisição distintos, como licitações, cartas-convite, orçamentos, etc.

5.Finanças ou Custos: foca-se no estudo da viabilidade financeira e orçamentária e no controle de custos (por unidade, por tipos de serviço e por atendimento); levantamento dos atendimentos gerais, pagos, gratuitos e dos programas de educação; análise de rendimentos do hospital, de custos e de cobranças; cálculo dos custos paciente/dia; verificação do custo unitário de cada centro através do rateio dos custos; análise dos relatórios das unidades administrativas para levantamento dos custos; estudo dos inventários para controle patrimonial e apuração dos custos de depreciação.

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Para a transferência de gestão do Hospital e Pronto Atendimento de Bertioga, o Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública – INTS adotará um modelo que buscará a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento de recursos, conforme as necessidades programadas, obedecendo a critérios para a contratação de pessoal e aquisição de medicamentos e insumos Hospitalares. Esse modelo permitirá a integração sistêmica da educação, do trabalho, da saúde e da atuação social.

A obtenção de resultados é o foco, com a flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserir novos comportamentos e inová-los na prática organizacional. Os conceitos utilizados, portanto, são:

- Foco nos resultados: centros de resultado e estabelecimento de indicadores, com base em resultados e custos, satisfação, desenvolvimento organizacional e processos internos;
- Flexibilidade: descentralização da decisão, autonomia na gestão dos centros de resultados;
- Integração Organizacional: estrutura organizacional com poucos níveis hierárquicos, construção de equipes de trabalho com capacidade de auto- gestão;
- Qualidade dos serviços: fortalecimento dos momentos de interação com clientes, estabelecimento de Comissões Técnicas, espaço organizacional para as funções do Serviço de Atendimento ao Cliente; estabelecimento de processo de gestão para avaliar a qualidade dos serviços prestados nas unidades;
- Equipes: responsabilidade compartilhada entre membros de equipes e entre gestores e equipes, atribuição de responsabilidades às equipes sobre a qualidade dos serviços;
- Aprendizado: fortalecimento da estrutura de Recursos Humanos, gestão de competências - conhecimentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos.

A governança das unidades se darão na lógica da COGESTÃO que é centrada no trabalho em equipe e em colegiados garantindo que o poder seja compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. Os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários. Espaço onde se discute e se tomam decisões no seu campo de ação de acordo com as diretrizes definidos conforme preconiza o Humaniza SUS.

Portanto, propomos a organização de um Comitê de Gestão Organizacional e Comissões como uma assessoria de gestão. O Comitê terá funções consultivas e deliberativas sobre as questões da operacionização das rotinas tendo como principal finalidade auxiliar a

gestão do Hospital e PA. O Comitê de Gestão Organizacional será formado pelos principais líderes de funções chaves na estrutura de funcionamento de uma instituição de saúde. Esse compartilhará as decisões com a Direção da Unidade.

Adotaremos também para gestão dos serviços o modelo da Gestão da Clínica, através de soluções combinadas onde será possível melhorar as práticas clínicas transformando-as em segura, ao mesmo tempo que produzirá melhorias nos sistemas de saúde, produzindo o fortalecimento do trabalho em equipe e o maior vínculo com a clientela, consequentemente ocorrerá a melhoria na qualidade dos serviços prestados

Os dispositivos utilizados para a organização do serviço assistenciais serão: **Acolhimento com Classificação de Risco** como um processo dinâmico, que busca a identificação dos sintomas dos pacientes que procuram o serviço, apontando a necessidade de atendimento de acordo com grau de sofrimento e gravidade; **Clínica Ampliada** como valorização dos diversos saberes profissionais e do trabalho em equipe, como forma de possibilitar a complementaridade do tratamento, atendendo todas as necessidades de saúde do sujeito; **Equipe de Referência** constituída como espaço coletivo, participa da gestão do serviço e delibera sobre temas sob sua responsabilidade; **Controle de Permanência, Gestão de Leitos e Regulação; Agenda de Cuidados; Colegiado de Gestão; Sistema de Avaliação Continua, Educação Permanente; Protocolos Assistenciais e Organizacionais** como instrumentos orientadores para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços; **Ambiência proporcional as funções e a demanda; Jornada de trabalho horizontal; Serviço aberto com participação da rede social dos usuários e Controle Social.**

Portanto trabalharemos com os conceitos estruturantes de redes, regulação, Comitê de Gestão Organizacional e utilizaremos os conceitos de linhas de cuidados e da clínica ampliada para dentro dos espaços assistenciais.

Articulação de redes é o modo de organização dos serviços configuradas e sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários, em todos os níveis da assistência. Para isso o INTS utilizará fluxo de referência e contra referência entre os serviços de saúde visando realizar encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes, proporcionado continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra referência entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e eficácia na qualidade e continuidade da assistência prestada

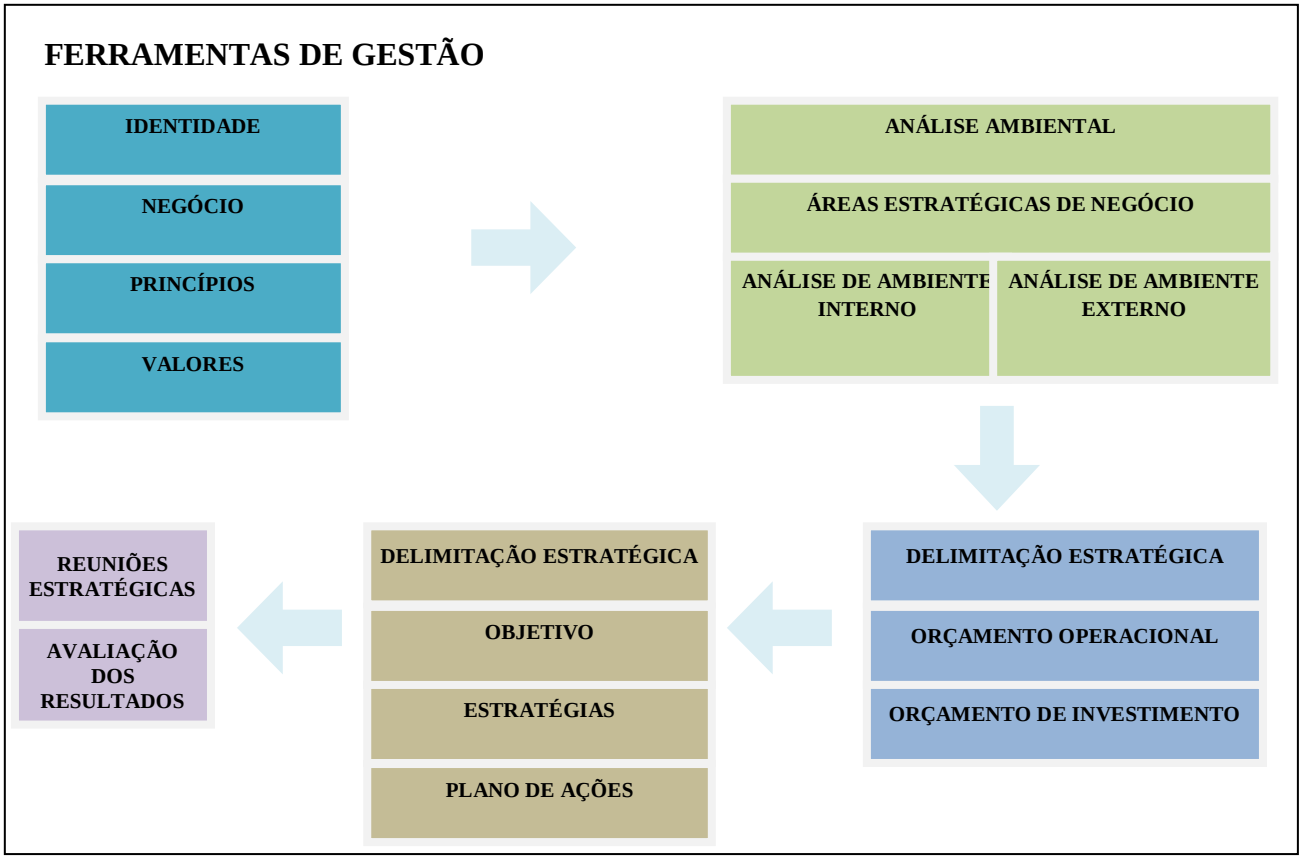
Para proporcionar continuidade ao tratamento do paciente pós alta e ambulatoriais que necessitem de atendimento de complexidade maior, o usuário será referenciado através de instrumento de contra referência preenchido com a avaliação da equipe multiprofissional de saúde que o atendeu. Ficará sobre a responsabilidade da equipe de regulação das unidades orientar e articular com os demais serviços e equipes, os encaminhamentos desses pacientes para os serviços conforme suas necessidades, como

também realizar o acompanhamento deste usuário até sua inserção do serviço que fora encaminhado.

O INTS tem como base sua identidade organizacional, na qual estão definidos o Negócio, a Missão, os Princípios e os Valores da instituição. Estabelecidos esses pontos, será realizado no Serviço do hospital e PA uma Análise Ambiental no intuito de estudar os ambientes externos do Serviço onde serão reconhecidas às oportunidades, ameaças, e sobre o ambiente interno, para identificar os pontos fracos e fortes da instituição.

Com a consciência das oportunidades, ameaças, e dos pontos fortes e fracos, é possível estabelecer direção que devemos seguir e quais os recursos necessários para aproveitar as oportunidades, vontade política e reduzir riscos. Assim, delimitaremos as estratégias e Plano de Ação para o alcance das metas estabelecidas no Plano de Trabalho.

As ferramentas de monitoramento são o orçamento anual da Unidade Gestora - UG, utilização do conceito do Balanced Scorecard, envolvimento da equipe Técnica, Conselhos, monitoramento de indicadores e reuniões mensais de Avaliação de resultados.



SERVIÇO DE BIOSSEGURANÇA

Biossegurança é definida como "o conjunto de saberes direcionado para ações de prevenção, minimização ou eliminação dos riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, as quais possam comprometer a saúde do homem, dos animais, das plantas e do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos" (FIOCRUZ, 2005).

A biossegurança é um processo contínuo que envolve a conscientização e a adoção de novas atitudes, além da busca constante por respostas eficazes aos desafios que surgem nos estabelecimentos de saúde.

Para que a cultura da biossegurança seja disseminada e valorizada no ambiente laboral do hospital, PA e SAmu de Bertioga, é importante que todos entendam as responsabilidades e deveres pertinentes aos agentes envolvidos: gestores, administradores, servidores e beneficiários. A partirdesta compreensão haverá sensibilidade e receptividade às necessárias mudanças de atitudes, comportamentos, definição de investimentos e reorganização administrativa para alcance dos objetivos estabelecidos.

Para isso o INTS formulará de acordo com a realidade do estabelecimento, em 15 dias o Manual de Biossegurança do Hospital de Bertioga. Esse manual será um elemento de consulta sobre os assuntos relacionados à Saúde e Segurança no Trabalho e os procedimentos aplicados à Segurança Biológica e à Segurança Química descritos neste manual, estarão em conformidade com as legislações vigentes no país.

A condução dos trabalhos se dará através do Núcleo de Biossegurança do Hospital, PA e Samu de Bertioga que terá como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, químicos e radioativos ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo esse núcleo específica para atuação dentro do Hospital, pronto atendimento e Samu de Bertioga.

Compete ao núcleo:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

Composição do Núcleo:

Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

O núcleo de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

. Representante da Comissão de Controle de Infecção

. Representante do núcleo de segurança do paciente;

. Representante da Saúde Ochospital, Pronto Atendimento e SAMUcional e Segurança do Trabalho (SOST);

. Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

. Representante do setor de SADT;

. Representante do Bloco Cirúrgico;

. Representante da Divisão de Enfermagem;

. Representante da Unidade Multiprofissional (farmácia, odontologia etc);

. Representante do serviço médico

. Representante da administração;

. Outros que couber.

As atribuições do núcleo são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, PA e SAMU ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

NORMAS E ROTINAS PARA O PROCESSAMENTO E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE

O INTS em seu modelo de gestão irá atender os dispositivos da Legislação Ambiental além de possuir toda a documentação exigida. O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde será implantado até o terceiro mês após a assinatura do contrato, mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da VISA Municipal.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos. Para transporte externo e acondicionamento o INTS irá contratar um prestador de serviços para fornecimento da estrutura externa de acondicionamento e destino final dos resíduos.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, estando de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

Do Manejo

O INTS entende que o manejo dos resíduos produzidos no Hospital, Pronto Atendimento E Samu será norteado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as seguintes etapas:

1–Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

2–Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Colocar os sacos em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, com tampa provida de sistema de abertura

sem contato manual, e possuir cantos arredondados.
Os resíduos perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

3–Identificação

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.
I - GRUPO A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

a) A1

Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética;

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

Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;

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

b) A2

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.

c) A3

Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 cm ou idade gestacional menor

que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.

d) A4

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;

Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;

Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;

Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;

Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica;

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro-organismos, bem como suas forrações;

Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

e) A5

Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

II - GRUPO B: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

a) produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;

b) resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;

c) efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);

d) efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas; e

e) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR-10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

III - GRUPO C: Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

a) enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas e serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.

IV - GRUPO D: Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

a) papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1;

b) sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

c) resto alimentar de refeitório;

d) resíduos provenientes das áreas administrativas;

e) resíduos de varrição, flores, podas e jardins; e

f) resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

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

3-Transporte Interno

Esta etapa consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.
O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de rohospital, Pronto Atendimento e SAMUs, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

5 - Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.
Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.
O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT

6 – Tratamento

Para realizar o tratamento será contratado um prestador de serviço especializado para atendimento da demanda gerada pela HOSPITAL, PRONTO ATENDIMENTO E SAMU.

O prestador do serviço terá que atender aos dispositivos da Resolução CONAMA nº. 237/1997 e a Resolução CONAMA nº. 316/2002.

7 - Armazenamento Externo

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não é permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

8 – Coleta e Transporte Externos

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT. Para realizar a coleta será contratado um prestador de serviço especializado para atendimento da demanda gerada pela HOSPITAL, PRONTO ATENDIMENTO E SAMU de Bertioga.

9 - Disposição Final

Para prestação deste serviço o INTS irá contratar um prestador de serviço especifico para acondicionamento, transporte e descarte dos resíduos, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Definições:

Higienização hospitalar, também compreendida como limpeza hospitalar, frequentemente é definida como processo de remoção de sujidade de superfícies inanimadas.

Classificação das áreas hospitalares:

CRÍTICAS: São aquelas onde há maior número de pacientes graves ou imunologicamente deprimido, maior número de procedimentos invasivos em consequência, maiores riscos de infecções.

SEMI-CRÍTICAS: São aquelas onde se encontram pacientes internados e o risco de infecção é menor.

NÃO CRÍTICAS: Todos os setores onde não há risco de transmissão de infecção e não existem pacientes.

Categorias de higienização:

A higiene dos hospitais é alcançada mediante os procedimentos de descontaminação, desinfecção e/ou limpeza.

LIMPEZA: É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual. DEVE PRECEDER OS PROCESSOS DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, MEDIANTE A APLICAÇÃO DE SOLUÇÃO GERMICIDA EM UMA SUPERFÍCIE PREVIAMENTE LIMPA.

DESCONTAMINAÇÃO: É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, COM AUXÍLIO DE UMA SOLUÇÃO DESINFETANTE, APLICADA DIRETAMENTE SOBRE O AGENTE CONTAMINANTE.

Tipos de Higiene Hospitalar

HIGIENIZAÇÃO CONCORRENTE – é a limpeza e desinfecção realizadas diariamente, quando o paciente encontra-se internado, incluindo pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, esvaziamento e troca de recipientes de Resíduos de Serviços de Saúde, de roupas e organização geral do ambiente. Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

HIGIENIZAÇÃO IMEDIATA – é a limpeza e desinfecção realizada quando há presença de sujidade e/ou matéria orgânica sempre que necessário.

HIGIENIZAÇÃO TERMINAL – é a limpeza e/ou desinfecção ambiental que abrange pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive mesas de exames e colchões, janelas, vidros, portas, grades de ar condicionado, luminárias, teto, em todas as suas superfícies externas e internas. Em unidades de internação de pacientes, a limpeza terminal é realizada após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados. Nas salas cirúrgicas, a desinfecção terminal será realizada ao término da programação cirúrgica diária.

Produtos Básicos Utilizados na Higienização

Para a limpeza de pisos e paredes recomenda-se o uso de detergente, e para os diferentes tipos de superfície como mobiliários e equipamentos, existem desinfetantes apropriados para cada um deles. Salvo, em presença de matéria orgânica, a limpeza deverá ser conforme fluxograma no Item 10. No HULW os produtos padronizados são: Água, Detergente neutro, Álcool a 70%, Hipoclorito a 1%, Glucoprotamina a 0,5% ou 1% e Biguanida Polimérica 3,5% + Quaternário De Amônio 5,2%

ÁGUA - é utilizada para diluição do desinfetante e também para remover as sujeiras.

DETERGENTE - substância que facilita a remoção de sujidade, detritos e microorganismo visíveis, através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.

ÁLCOOL – é amplamente utilizado como desinfetante e anti-séptico no ambiente hospitalar, tanto o etílico, 70% (p/v), como o isopropílico, 92% (p/v), pela ação germicida (bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida), pelo custo reduzido e baixa toxicidade. Porém, não é capaz de destruir esporos bacterianos, evapora rapidamente, é inativado na presença de matéria orgânica. É indicado para desinfecção de nível intermediário ou médio de artigos e superfícies, exercendo seu efeito germicida APÓS TRÊS APLICAÇÕES DE 10 SEGUNDOS, INTERCALADAS PELA SECAGEM NATURAL.

HIPOCLORITO DE SÓDIO A 1% - o hipoclorito está indicado para desinfecção de alto, médio e baixo níveis, conforme concentração e tempo de contato com artigos e superfícies, podendo também ser utilizado para descontaminação. É um agente bactericida, virucida, fugicida, tuberculicida e destrói alguns esporos. Alguns fatores limitam o uso do hipoclorito, por ser altamente corrosivo para alguns metais (alumínios, cobre, bronze, aço inoxidável e cromo) e mármore, sendo danificados com a exposição prolongada.

ESSAS SOLUÇÕES DEVEM SER ESTOCADAS EM LUGARES FECHADOS, FRESCOS, ESCUROS (FRASCOS OPACOS).

GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% - substância multicomponente obtida do óleo de coco natural com propriedade antimicrobiana, não volátil, facilmente dissolvido em água, não teratogênico, não mutagênico, biodegradável, não corrosivo e nem tóxico. Indicação: superfícies fixas. Mecanismo de ação: atividade biocida (bactérias e fungos) ocasionada pela destruição da parede e membrana celular. Após diluído, o produto terá validade de até 30 dias.

Observação: na nossa instituição, a utilização do referido produto foi padronizada para as unidades críticas a saber: unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico, serviço de

hemodinâmica, centro de referência em oftalmologia, serviço de endoscopia, berçário de alto risco e sala de parto. Nessas unidades, o produto se destina à limpeza concorrente e terminal, bem como a desinfecção de equipamentos e mobiliários, devendo substituir o álcool, detergente e o hipoclorito. A diluição do produto é feita de forma automatizada, na farmácia.

BIGUANIDA POLIMÉRICA 3,5% + QUATERNÁRIO DE AMÔNIO 5,2% - Substância com amplo espectro bactericida, além de comprovada eficácia contra o vírus H1N1. O produto está associado a presença de tensoativos, o que permite seu uso como limpador e desinfetante, facilitando o processo de limpeza e desinfecção. Facilmente dissolvido em água utilizando dosadores automáticos. Possui baixa toxicidade, não corrosivo, e na presença de matéria orgânica não é inativado. Após diluído, o produto terá validade de até 30 dias.

Observação: na nossa instituição, a utilização do referido produto foi padronizada para as unidades de internação semicríticas. Nessas unidades o produto se destina à desinfecção de equipamentos e mobiliário, devendo substituir o álcool e detergente. A diluição do produto é feita de forma automatizada, no serviço de higienização. Após a diluição o produto é estável por 30 dias.

Boas Práticas em Higienização Hospitalar

Sempre sinalizar o corredor deixando um lado livre para circulação de pessoas e com materiais organizados para evitar acidentes de trabalho; Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com o auxílio de luvas;

Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequadamente; A varredura deve ser realizada utilizando MOP. A VARREDURA SECA COM VASSOURAS É PROIBIDA, POIS LEVANTA POEIRA E MICROORGANISMOS QUE ESTÃO DEPOSITADOS NO PISO.

Na higienização feita com água e detergente neutro utiliza-se, inicialmente, o pano úmido, para recolhimento de resíduos, seguindo de limpeza com água e detergente neutro, retirando toda a sujidade, e enxágue. Utilizar sempre dois baldes de cores diferentes, sendo: um com água, outro com água e detergente neutro.

A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

Na higienização feita com glucoprotamina ou biguanida utiliza-se, inicialmente, o pano úmido com água, para recolhimento de resíduos, seguindo de aplicação do produto, retirando toda a sujidade.

Não misturar produtos, utilizando-os cada um para sua correta finalidade. ex.: detergente neutro, solução desinfetante etc.

Desprezar água suja em local adequado, nunca em banheiros de pacientes e funcionários, posto de enfermagem e pias utilizadas para higiene das mãos;

Obedecer ao sentido correto para limpeza, da seguinte forma, em sentido unidirecional: teto, paredes de cima para baixo e piso iniciando dos cantos mais distantes da porta;

Seguir os princípios:

1. Do mais limpo para o mais sujo;

2. Da esquerda para direita;

3. De cima para baixo;

4. Do distante para o mais próximo;

5. Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;

6. Usar sempre panos e/ou mops limpos;

7. Usar sempre mops diferenciados para enfermarias e banheiros;

8. Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos.

9. Manter panos e cabeleira alvejadas, baldes e materiais de trabalho limpos;

10. Nunca deixar panos e mops de limpeza imersos em solução, pois pode diminuir sua vida útil, além de servir de meio de cultura para microorganismos

11. Encaminhar panos de limpeza e mops à lavanderia após cada turno de trabalho;

12. Caso seja necessário utilizar álcool a 70% na desinfecção de superfícies (mobília, computador, bancadas...), realizar a fricção mecânica no mínimo três vezes deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.

13. Nunca substituir escadas por cadeiras;

14. Utilizar escadas apenas em superfícies planas;

15. Manter postura corporal adequada;

16. Não levantar ou carregar objetos muito pesados sem ajuda;

17. Comunicar ao chefe imediato acidentes logo após a ocorrência;

Proteger tomadas elétricas de paredes que serão molhadas;

Nunca manusear equipamentos elétricos com mãos molhadas;

Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza.

As lixeiras deverão ser esvaziadas ao atingir 2/3, ou seja, 80% de sua capacidade.

Lavar as lixeiras semanalmente e sempre que necessário.

O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário.

Nunca usar luvas emborrachadas para limpeza de mobília.

Equipamentos e Materiais para Higienização Hospitalar:

Conjunto mops (cabo, armação ou haste ou suporte e luva ou refil); Rodos; Baldes;Panos para limpeza; Borrifador; Escadas; Escova de cerdas duras; Carro funcional; Placa de sinalização; Carros para transporte de resíduos; Luvas descartáveis; Luvas

emborrachadas; Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas).

Método para Higienização de Superfícies (mobília, bancadas, etc) utilizando água e detergente neutro:

Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;

Calçar luvas descartável;

Abrir o pano umedecido, dobrando-o em 2 ou 4;

Limpar toda a superfície com pano umedecido com água e detergente neutro, dobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;

Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);

Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos;

Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras, torcê-lo e retirar o detergente de toda estrutura;

Voltar a mergulhar o pano no balde com água e sabão, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;

Repetir a operação quantas vezes necessárias para promover a limpeza;

Secar bem toda a estrutura;

Trocar a água dos baldes sempre que visivelmente sujas, quantas vezes forem necessárias.

Método para Higienização de Superfícies (mobília, bancadas, etc) com o uso da GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% ou BIGUANIDA POLIMÉRICA 3,5% + QUATERNÁRIO DE AMÔNIO 5,2%;

Calçar luvas descartável;

Abrir o pano, dobrando-o em 2 ou 4;

Borrifar a glucoprotamina ou a biguanida em cada face do pano, deixando-o levemente úmido;

Limpar toda a superfície com pano umedecido, dobrando-o para utilizar todas as dobras limpas;

Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos;

Repetir a operação quantas vezes necessárias para promover a limpeza.

Método e Técnica para Higienização da Unidade do Paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama), utilizando água e detergente neutro:

Material: Balde, detergente neutro, panos para limpeza, luvas de procedimento, álcool a 70%

Técnica

Lavar as mãos

Reunir o material e levá-lo à unidade;

Abrir portas e janelas para arejar o ambiente;

Realizar a limpeza utilizando movimentos simples, amplos, em um só sentido, do mais limpo para o mais sujo, evitando sujar áreas já limpas;

Ensaboar e retirar o sabão com pano úmido, trocando a água sempre que estiver suja;

Iniciar a limpeza pela mesa de cabeceira (tampo, parte interna e externa), mesa de refeição, suporte de soro, escadinha, colchão e cama;

Afastar a cama da parede, deixando um espaço suficiente para execução da tarefa;

Travar as rodas da cama;

Limpar a face superior e lateral do colchão, no sentido da cabeceira para os pés;

Colocar o colchão sobre a guarda aos pés da cama, expondo a metade superior do estrado e limpar a parte posterior do colchão;

Lavar a cabeceira, grades e a parte exposta do estrado, acionar a manivela para limpar a parte posterior do estrado;

Abaixar o estrado, dobrar o colchão dos pés para a cabeceira limpando a parte inferior do estrado, os pés da cama e a metade posterior do colchão;

Acionar novamente a manivela para limpar a parte posterior do estrado nos pés da cama;

Abaixar o estrado e colocar o colchão no lugar na posição horizontal;

Limpar quatro pés da cama;

Após higienização prévia da unidade do paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama), friccionar álcool a 70% em sentido unidirecional, em faixas paralelas, iniciando da face superior, laterais e face inferior, deixando secar e repetir a operação por três vezes.

Posicionar o equipamento da unidade e recolher o material utilizado;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Comunicar ao enfermeiro de plantão e/ou supervisor de área a tarefa executada.

Método e Técnica para Higienização da Unidade do Paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama) com o uso da GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% ou BIGUANIDA POLIMÉRICA 3,5% + QUATERNÁRIO DE AMÔNIO 5,2%

Material: Borrifador com a solução, panos para limpeza, luvas de procedimento.

Técnica:

Lavar as mãos;

Reunir o material e levá-lo à unidade;

Abrir portas e janelas para arejar o ambiente;

Realizar a limpeza utilizando movimentos simples, amplos, em um só sentido, do mais limpo para o mais sujo, evitando sujar áreas já limpas;

Iniciar a limpeza pela mesa de cabeceira (tampo, parte interna e externa), mesa de refeição, suporte de soro, escadinha, colchão e cama;

Afastar a cama da parede, deixando um espaço suficiente para execução da tarefa; Travar as rodas da cama;

Limpar a face superior e lateral do colchão, no sentido da cabeceira para os pés; Colocar o colchão sobre a guarda da parte oposta à cabeceira, expondo a metade superior do estrado e limpar a parte posterior do colchão;

Lavar a cabeceira, grades e a parte exposta do estrado, acionar o controle para limpar a parte posterior do estrado, reposicionar o estrado;

Dobrar o colchão dos pés para a cabeceira, limpar a parte posterior do colchão, lavar parte oposta à cabeceira, grades e a parte exposta do estrado,

Acionar o controle para limpar a parte posterior do estrado, reposicionar o estrado;

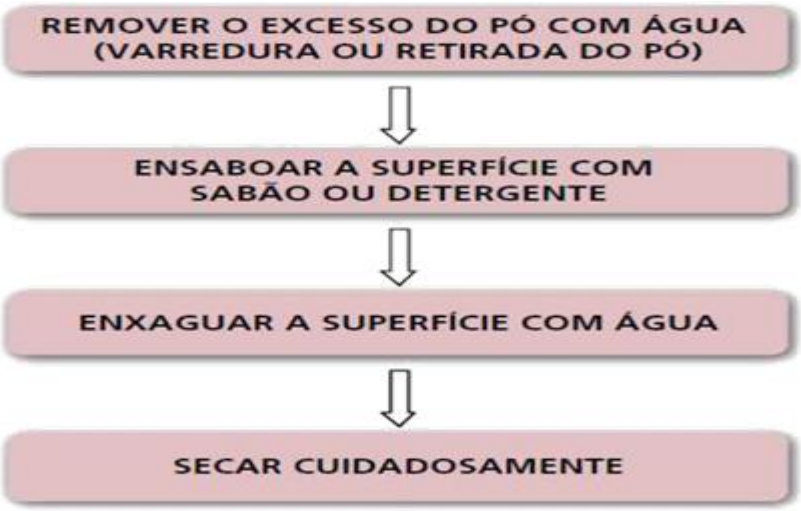
Colocar o colchão no lugar na posição horizontal; Limpar os quatro pés da cama;

Posicionar o equipamento da unidade e recolher o material utilizado;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

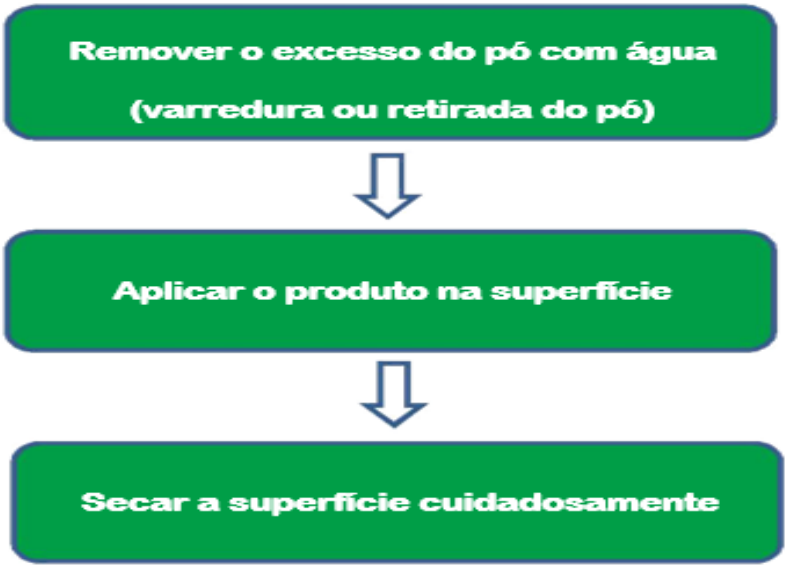
Comunicar ao enfermeiro de plantão e/ou supervisor de área a tarefa executada.

Fluxo para limpeza de superfície SEM matéria orgânica utilizando água e detergente neutro

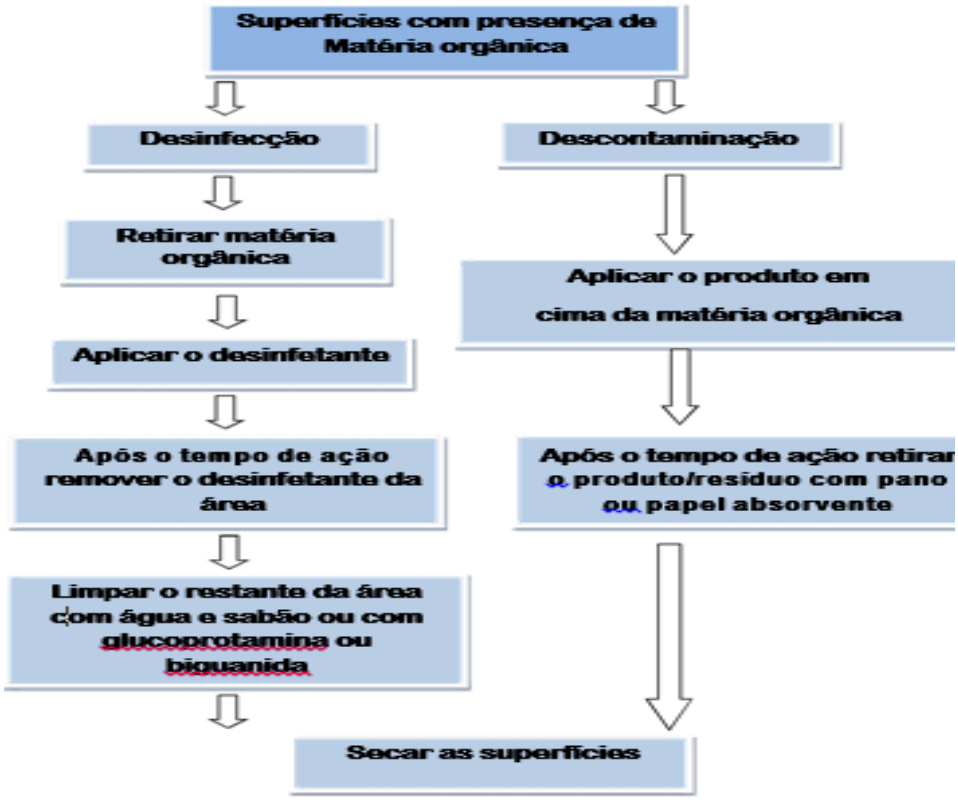


Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010.

Fluxo para limpeza de superfície SEM matéria orgânica utilizando glucoprotamina ou biguanida:



Fluxo para limpeza de superfície COM matéria orgânica



Freqüência da Higienização Concorrente por Áreas

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÍNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Descrição dos Serviços

Áreas Hospitalares Críticas E Semicríticas

LIMPEZA CONCORRENTE:

Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

Equipamentos:

Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI´s, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

Método

Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

Limpeza molhada para banheiro.

Desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica

Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.

Utilizar movimento único de limpeza.

Utilizar a técnica de dois baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa, ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

LIMPEZA TERMINAL

Em Unidades de Internação de Pacientes, a limpeza terminal é realizada a qualquer momento, após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados

Nas Salas Cirúrgicas, a limpeza terminal será realizada ao término da programação cirúrgica, diária ou semanal.

Equipamentos

Carro de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPIs, produtos de reposição e outros que julgar necessário.

Método

Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

Limpeza molhada para banheiro.

Desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica

Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.

Utilizar movimento único de limpeza.

Utilizar a técnica de dois baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa, ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

Áreas Hospitalares Não Críticas E Áreas Administrativas

Todas as demais áreas das unidades de assistência à saúde não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como áreas hospitalares não críticas, tais como: áreas destinadas a refeitórios, área limpa de lavanderia, entre outras. As especificações técnicas e os procedimentos dos serviços de limpeza para essas áreas serão, no presente trabalho, tratados analogamente às áreas administrativas, a seguir descritos

ETAPAS E FREQÜÊNCIAS DE LIMPEZA

As rotinas das tarefas e as frequências de limpeza a serem executadas nestas áreas serão:

Diária

Manter os cestos isentos de resíduos;

Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;

Executar demais serviços considerados necessários à freqüência diária semamal.

Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais; Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;

Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;

Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70% ou glucoprotamina ou biguanida)

Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;

Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Mensal

Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;

Remover o pó de persianas, com equipamentos e acessórios adequados;

Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

Trimestral

Limpar todas as luminárias por fora;

Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;

Executar os demais serviços considerados necessários à freqüência trimestral.

Áreas internas - almoxarifados/depósitos

Características: Consideram-se como áreas internas – almoxarifados / depósitos – as áreas utilizadas para depósito / estoque / guarda de materiais diversos

Áreas administrativas de almoxarifados

Diária

Manter os cestos isentos de resíduos;

Remover os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Varrer as áreas pavimentadas, removendo os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;

Retirar papéis, resíduos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita da edificação, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho.

Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Semanal

Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

Mensal

Retirar ervas daninhas dos canteiros, acondicionando-as apropriadamente e retirando-as para local indicado;

Executar serviço de jardinagem (poda, adubação, etc) para manutenção dos canteiros;

Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

SERVIÇO DE HOTELARIA: Lavanderia Hospitalar

A lavanderia de uma unidade de saúde é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores das unidades da Bertioga.

O serviço da Lavanderia será supervisionado pelo Encarregado de Higienização e Limpeza e será subordinado a Gerente de Enfermagem. Para prover o serviço de lavanderia e fornecimento do enxoval e das roupas privativas utilizadas na unidade, o INTS irá estabelecer um contrato de prestação de serviço com uma lavanderia especializada neste fim.

Para atender a demanda deste setor serão disponibilizados profissionais específicos para guarda, coleta e distribuição dentro da unidade, no sistema de plantão de 12h.

A coleta de roupa utilizada na unidade será realizada pela lavanderia prestadora de serviço, cinco vezes na semana, das 7:00 às 19:00h, incluindo-se além do enxoval da unidade, as roupas privativas usadas pelas equipes multiprofissionais.

A roupa coletada será levada para local próprio para pesagem e preparo do rol e, posterior entrega à empresa para processamento. Haverá um controle semanal do enxoval e ao serem detectadas possíveis faltas, estas deverão ser comunicadas ao Gerente para as providencias cabíveis.

A unidade será equipada com uma sala de guarda de roupa suja que receberá a roupa suja para aguarda o recolhimento por parte da Lavanderia contratada. As roupas limpas entregues pela lavanderia será armazenada em outro ambiente, uma sala de armazenamento de roupa limpa, de modo que não se cruzem.

Além disto, a recolha da roupa suja e a distribuição da roupa limpa ocorrerá em momento diferentes e utilizando carrinhos distintos.

Com vistas a garantir a completa limpeza e desinfecção do enxoval e das roupas das unidades seguirá todas as recomendações de controle de infecção Hospitalar seguindo as normas e rotinas da boa prática.

Na operacionalização das atividades do serviço de lavanderia as roupas passarão pelas seguintes fases no procedimento de lavagem e desinfecção.

1. A Coleta: será realizada em horário a ser estabelecido no Regimento da Unidade, mas sempre levando em conta o fato de que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade, com vistas a evitar a fixação das sujidades e/ou a proliferação de microrganismos. Durante a operação de coleta, o colaborador da rouparia está utilizando os EPI exigidos por lei, utilizando luvas de borracha cobrindo os braços, botas, máscara, gorro, roupas especiais e avental impermeável.

O monitoramento da atividade será realizado pela equipe de supervisão com vistas a garantir o efetivo e correto uso de EPI, a exemplo das luvas que devem ser utilizadas em ambas as mãos somente no momento de recolhimento da roupa, ao empurrar o carro e tocar maçanetas, por exemplo, devem ser retiradas as luvas.

A roupa suja será colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon, sendo que para a roupa com excesso de fluidos biológicos, antes do recolhimento, o hamper será envolvido com sacos plásticos, para evitar o extravasamento de líquidos durante o transporte. Os sacos de tecidos serão fechados com cordão ou tiras largas de borracha, já os de plástico são fechados com um nó. Após fechado, o saco de roupa suja é retirado do hamper e colocado em carro próprio que, completada a sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia. A roupa suja da noite, domingos e feriados, períodos em que a lavanderia não funciona, permanece em sacos fechados em um carro, em lugar previamente estabelecido, até poderem ser removidos para a lavanderia. Os sacos serão caracterizados por cores em faixas coloridas, para identificar o setor de procedência da roupa, como por exemplo, faixa azul para o centro cirúrgico. Conterão também o nome do setor e a data da coleta, com vistas a evitar o manuseio excessivo no transporte e na lavanderia.

Os carros usados na remoção dos sacos de roupas sujas nunca serão utilizados para o transporte de roupas limpas. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa. Os carros de transporte de roupas sujas serão identificados para diferenciá-los dos carros usados para o transporte de roupa limpa, a fim de se evitar uma troca acidental. Os carros de transporte serão de fácil higienização que permita o uso de produtos químicos na sua limpeza e desinfecção, com um sistema de escoamento de água e com tampa.

Após o turno de trabalho, serão submetidos a lavagem com água e sabão seguida de desinfecção com álcool a 70% ou hipoclorito a 1%. O percurso usado na remoção dos sacos de roupa suja não devem ser utilizados simultaneamente por carro de roupa limpa ou de comida. Terminada a coleta nos setores, a roupa suja será transportada à recepção do setor de roupa suja, para o processamento em nível de lavanderia. Na área suja, considerada contaminada, as roupas usadas são recebidas, pesadas, separadas e estocadas até o início do processo de lavagem.

2. A Recepção: na área de recepção, a roupa é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada.

3. A Separação: nessa etapa os sacos de roupa suja ou usada são pesados, e o resultado do peso é registrado em impresso próprio; sendo então separados segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A separação das roupas Hospitalar por sujidade seguirá o previsto no Quadro 01.

Na separação, para evitar acidentes com objetos perfurocortantes inadvertidamente coletados, as roupas serão puxadas pelas pontas, cuidadosamente, sem apertar nem recolher várias peças de uma vez, visando evitar que estes elementos estranhos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Todo material perfurocortante deve ser descartado em recipiente específico, de material rígido, impermeável e adequadamente identificado. Os hamper de roupa oriundos de isolamentos ou de unidades de doenças infectocontagiosas, após a pesagem, devem ser abertos diretamente dentro da máquina lavadora.

Durante a separação, a roupa será agrupada em lotes ou fardos correspondentes a uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem. Os fardos

ou sacos, já triados ou classificados, receberão uma marca para identificação, segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

4. A Pesagem: após a separação, a roupa será novamente pesada, pois a pesagem da roupa é indispensável não só para indicar a carga correta das lavadoras, mas também para facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem.

5. Processo De Lavagem: o processo de lavagem nunca começará com água quente pois a proteína (sangue secreções), contida nas roupas, quando aquecida, sofre um processo químico, fixando-se nos tecidos, portanto, será utilizada a água fria que com cinco minutos de lavagem são suficientes para promover a remoção. Nesta fase, será concentrada a atenção nos mecanismos que garantam a remoção de toda a sujidade da roupa, um fator importante na desinfecção química, além da concentração do produto utilizado e da temperatura de água, além do tempo de contato entre estas variáveis.

Quadro 01

Classificação ↓	Tipo de sujidade ↓	Tipo de roupa ↓
Super pesada ou contaminada	Grande quantidade de sangue, fluidos corpóreos, medicamento, etc.	Compressas, roupas contaminadas.
Pesada	Sangue, fluidos corpóreos, medicamentos, etc.	Roupas cirúrgicas, campos cirúrgicos, lençóis, fronhas, toalhas de banho, camisolas, etc.
Leve	Suor, poeira, etc.	Lençóis, fronhas, toalhas de banho, camisolas, cobertores, etc.

A quantidade de roupa (peso) a ser colocada na máquina para a lavagem é chamada de carga de roupa, que deve ser compatível com a capacidade do próprio equipamento. Para otimizar a ação mecânica a carga de roupa a ser processada permitirá a presença de um espaço livre para a queda das roupas dentro do cesto interno, que por ação mecânica removerá toda a sujidade. Também para otimizar a ação mecânica, a relação de banho, que é o volume total de litros de água para cada quilo de roupa seca presente dentro da máquina de lavar, também será respeitada.

Não existirá um único processo de lavagem para toda a roupa do UPA, daí a necessidade da classificação ou triagem da mesma, para se determinar o ciclo a ser utilizado. O ciclo a ser empregado depende do grau de sujidade, do tipo da roupa, assim como do tipo de equipamento da lavanderia e dos produtos utilizados. O processo de lavagem de roupa com sujidade leve, pesada e superpesada (como esta contraindicada a manipulação da roupa para classifica-la, sabendo-se a sua origem, podemos prever o grau de sujidade). O ciclo de lavagem será definido por legislação e protocolo específico.

6. Remoção De Manchas: Após a lavagem, ao selecionar a roupa para as operações seguintes, caso seja verificada em algumas peças, manchas de várias origens (ferrugem, tinta de escrever, gorduras, mofo, resíduos de produtos iodo, mercúrio, violeta de

genciana, nitrato de prata, argirol, nódoa de frutas e outras) esta serão separadas para que seja adotada a técnica de retirada da mancha mais apropriada visto que certas manchas são removidas com a aplicação de um único tipo de removedor, já outras exigem a aplicação de dois ou mais removedores.

7. Pós-Lavagem: Após o processo de lavagem, o excesso de água deve ser removido das roupas. Essa operação chama-se centrifugação. O tempo de centrifugação dependerá do tipo de tecido ou então da quantidade de umidade residual desejada. Após a centrifugação, parte das roupas (felpudas, cobertores, mantas,) vai para o secador, parte (roupas lisas, lençóis, toalhas,) vai para as calandras, e parte (roupas de uso pessoal) vai para a passadora de ferro.

É vedado em todas as fases do processo que as roupas fiquem tocando no chão, com especial atenção durante a manipulação da calandra, onde isto ocorre com mais frequência, por isso recomenda-se o hábito de usar frequentemente o "coxo" acoplado nas calandras, que protege a roupa deste tipo de contaminação.

Terminadas as operações de recepção, separação, pesagem e lavagem, toda a área suja será desinfetada e lavada. Todos os locais e carros usados no processamento da roupa serão diariamente lavados e desinfetados com produtos germicidas. Ao final do turno de funcionamento, a maquinaria da lavanderia receberá a limpeza e desinfecção de acordo com as recomendações do fabricante. Após a desinfecção do local de trabalho, ao término do expediente, os profissionais do setor não poderão sair para outras áreas sem antes tomar banho de chuveiro, trocando sua roupa de trabalho (que deve ser uniforme lavado na própria lavanderia).

8. Na Armazenagem: As roupas serão estocadas em armários fechados, limpos e livres de contato com poeira e umidade, de forma a prevenir a sua contaminação. Estes armários devem possuir superfícies laváveis e devem ser rotineiramente limpos e desinfetados

9. A Distribuição: Será feita em carrinhos limpos, desinfetados e fechados. Os locais de recebimento devem ter condições adequadas de ventilação e higiene.

POLITICA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Com a abertura do mercado em todo o mundo, as organizações sabem que não basta serem melhores em sua região, mas que precisam ser de classe mundial e preparada para concorrerem em qualquer parte do mundo.

Esta conscientização alavanca a competitividade, reduzindo custos, melhorando atualidade e focando os clientes que estão cada vez mais exigentes.

Concorrer com o mercado mundial exige um trabalho interno sério, pesquisa dos concorrentes e uma união entre patrões e empregados na luta por um lugar no mundo empresarial.

Dessa maneira, os programas de Melhoria da Qualidade implantados pelas empresas a partir dos anos de 1970 contribuíram para a expressiva redução do índice de defeito dos produtos e serviços.

As empresas exigem cada vez mais profissionais qualificados para promover a melhoria contínua da qualidade, chegando esses dispositivos também para todos os setores que prestam serviços de saúde de maneira diferenciada pela busca de excelência.

O Sistema de Gestão da Qualidade que o INTS adotará consiste num conjunto de ações para promover o contínuo aprimoramento de todos os serviços realizados pela instituição. A importância do sistema de gestão da qualidade para melhorar a vida das pessoas, proporcionando serviço de saúde humanizado e resolutivo, gerenciando pela qualidade total e uso racional dos recursos disponíveis.

A qualidade em saúde é o conjunto de práticas relacionadas aos cuidados globais com a saúde em todos os âmbitos, desde a prevenção de doenças até a manutenção da qualidade da saúdePara se atingir a qualidade em saúde são necessárias algumas ferramentas de gestão que irão auxiliar a instituição de saúde a conquistar seus objetivo.

A busca por qualidade pelos serviços de atenção à saúde é uma necessidade técnica e social, e a adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações.

Deve existir uma atenção especial a esse aspecto, pois ele envolve questões legais, econômicas e a necessidade de garantir níveis satisfatórios de segurança na prestação de serviços saúde.

Além disso, a execução do sistema de gestão da qualidade nas Unidades Básicas de Saúde também é de extrema importância para seu desenvolvimento, portanto técnica compatível facilita a utilização dos recursos.

O controle da qualidade deve concentrar-se nos processos vitais e em dados úteis para melhoria da qualidade abundam nos serviço de saúde.

Os especialistas em qualidade sugerem que a adequada procura da mesma não é uma questão de inspeção, padrões, limiares, nem é uma série de decisões para aceitar ou rejeitar um funcionário ou um médico.

Pelo contrário ela é uma busca contínua de pequenas oportunidades que visam reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, que permitirão, com o uso de métodos de melhoria da qualidade, atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

O que é um Sistema de Gestão da Qualidade?

Sistema é o conjunto ordenado de elementos que se encontram interligado e que interagem entre si. Por exemplo, o corpo humano é um sistema composto por outro sistema como sistema respiratório, sistema muscular ou sistema reprodutor.

O Sistema de Gestão da Qualidade é um conjunto de processos, procedimentos e responsabilidades estruturados para alcançar políticas objetivas da qualidade, ajuda coordenar e dirigir as atividades de uma organização para entender e atender aos requisitos dos clientes e regulamentações, também ajuda a melhorar a eficácia e eficiência de forma contínua, e isso aumenta a confiança na organização, demanda mais clientes e a sustentabilidade.

O Sistema de Gestão da Qualidade tem alguns propósitos:

Padronizar e melhorar os processos

Reduzir trabalho e desperdício

Reduzir custos

Facilidade e identificar oportunidades de capacitação de pessoas

Envolver as pessoas

Prevenir erro e aumentar a segurança

Ferramentas de gestão de processos

Diagnóstico Organizacional: avalia todos os processos

Atendimento às não-conformidades e Observações do Relatório

Segurança em todos os níveis

Gestão da Qualidade

A globalização dos mercados torna mais pertinente as questões da qualidade. A maioria dos nossos parceiros econômicos não admite a não qualidade.

A qualidade já é um requisito de atuação nas empresas modernas e competitivas, tornando-se cada vez mais numa questão de acesso a mercados mais exigentes.

O interesse crescente em produzir com Qualidade e demonstrá-lo é uma diferenciação positiva, que se tem vindo a afirmar em todas as áreas de atividade.

A atividade de normalização, documentos voluntários, tem-se tornado cada b vez mais intensa e tem por objetivo refletir e tornar do domínio público metodologias relacionadas com a permuta dos produtos / serviços.

Implementação de Sistema de gestão da Qualidade

AUDITORIAS DE 1ª PARTE (INTERNAS)

PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA

FORMAÇÃO

CERTIFICAÇÃO / SELO DA QUALIDADE

Proposta pelo Escritório de Gestão da Qualidade, EQG/INTS é o apoio as equipes do hospital Municipal de Bertioga, Pronto atendimento e SAMU na melhoria do processo de trabalho nas unidades, por meio de um instrumento de avaliação e atividades que promovem a reflexão das equipes e do gestor sobre o papel das equipes.

OBJETIVO

Implantar nas Unidades do Hospital, PA e SAMU de Bertioga um processo e qualificação dos processos de trabalho das equipes de acordo com padrões de qualidade estabelecidos. Transformar a teoria em prática do dia-a-dia, na rotina do trabalho da equipe e de cada um dos seus membros.

A METODOLOGIA

O SGQ/INTS com a função de interlocutor, apoiador nas orientações específicas previstas as condutas a serem adotadas pelos avaliadores, diante de possíveis situações peculiares. Utilizando-se das bases metodológicas dois dos mais representativos têm como referência o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA) desenvolvido com base no Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, para auditorias internas;

Ferramentas com relatórios emitidos não conformidades confeccionadas por visitas realizadas nas unidades de saúde;

Organização, prontuário, registro no sistema informação, controle de infecção, educação e desenvolvimento de pessoas, corpo clínico de enfermagem e organização de processos;

Comissão de biossegurança;

Organograma da instituição, cadeia de processos:

Processos primários: Assistência.

Processos gerenciais: Indicadores.

O que espera a Gestão de Processos?

Avaliação de Gestão da Qualidade com Sistema de Gestão

Avaliação de Gestão da Qualidade com Sistema de Gestão pede entendimento dos fatores causais entre 1,2 e 3.

Estrutura (Nível1)

Envolvem recursos físicos, materiais, equipamentos, financeiros, gestão da segurança.

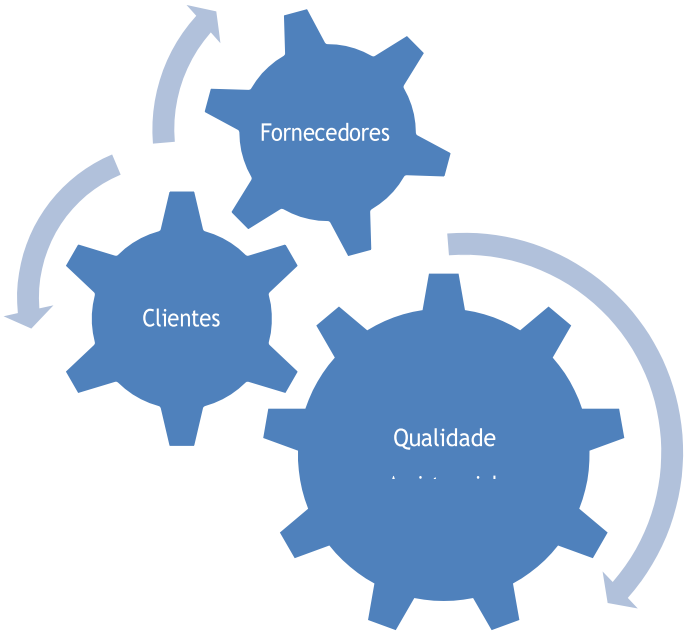
Processo (Nível 2)

Envolve o processo da assistência, o que e como é feito para os pacientes, (adesão aos protocolos, diretrizes, guidelines).

Resultados (Nível 3)

Os resultados obtidos em relação ao estado de saúde dos pacientes e sua satisfação com o sistema de prestação de serviços.

Os Pilares da Qualidade:



Identificar clientes fornecedores

Fornecedores

Fornecem insumos, informações ou produtos para que os executores desenvolvam as suas atividades, podem atuar internamente ou externamente.

Clientes

Recebem produtos resultantes de processos da organização para realizar suas próprias atividades.

Qualidade Assistencial

Recebem resultados de processos da organização.

Planos de Ação

Auditoria Interna na Gestão da Qualidade, gerar relatórios de visitas Técnicas.

Implementar um sistema de gestão representa um grande desafio para gestores, gerentes e também para os colaboradores de qualquer empresa.

Isso porque diversas mudanças ocorrem, tanto na esfera administrativa quanto na parte prática do trabalho.

Mas, o desafio não reside apenas na implementação. Conseguir manter as mudanças funcionando perfeitamente ao longo do tempo requer avaliações constantes e um grande esforço de todas as áreas da empresa. As Auditorias Internas não devem ser temidas. Elas são importantes mecanismos da Gestão da Qualidade.

Auditoria Interna é uma autoavaliação feita pela empresa para assegurar que os parâmetros do sistema de gestão estão sendo seguidos à risca e os resultados esperados estão sendo alcançados.

Uma das funções da auditoria é verificar se os processos que foram desenhados pela empresa estão sendo mantidos ou não, ou seja, se as boas práticas desenvolvidas estão sendo aplicadas. Caso haja divergências, é papel da auditoria identificá-las e solicitar as correções, visando manter a empresa sempre atualizada e de acordo com o planejado.

Para isso, a execução de todos os processos é acompanhada por colaboradores da própria empresa, que possuem como principal função assegurar que a prática está de acordo com o planejado. Além disso, ela também auxilia na melhoria contínua dos processos, serão utilizados parâmetros de acordo com manual da ONA e Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

Ciclo de palestras in loco nas Unidades de Saúde

O programa tem como objetivo mobilizar, motivar e conscientizar toda a empresa para a Qualidade Total, através da organização e da disciplina no local de trabalho.

Os propósitos da metodologia 5S são de melhorar a eficiência através da destinação adequada de materiais (separar o que é necessário do desnecessário), organização, limpeza e identificação de materiais e espaços e a manutenção e melhoria do próprio 5S.

Os principais benefícios da metodologia 5S são:

Maior produtividade pela redução da perda de tempo procurando por objetos. Só ficam no ambiente os objetos necessários e ao alcance da mão

Redução de despesas e melhor aproveitamento de materiais.

Melhoria da qualidade de produtos e serviços

Redução de acidentes do trabalho

Maior satisfação das pessoas com o trabalho.

Planejamento Estratégico-

Desenvolvimento de pessoas

O novo contexto organizacional exige na gerência um profissional que, além de comprometido com os objetivos organizacionais, esteja preparado não só para participar dos processos de mudança, em todos os níveis, em ações gerenciais ou produtivas. Estes profissionais, independente do seu nível hierárquico, precisam ter uma visão de negócio e resultados, estar capacitado tecnicamente em sua área específica.

METODOLOGIA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DE PRODUTIVIDADE E DIVUGAÇÃO DAS METAS

Dentro do organograma da HOSPITAL, PA E SAMU é previsto uma estrutura hierárquica composta por líderes de áreas, cada área terá responsabilidade pela gestão e registro dos procedimentos realizados, uma vez lançada a produção nos sistemas de

gestão e SIA/SUS, o INTS terá uma BackOffice responsável por monitorar a produção diariamente e ajustar possíveis falhas de registro. Semanalmente será rotina da diretoria da HOSPITAL, PA E SAMU realizar reuniões com os setores da unidade apresentando a evolução do realizado X meta pactuada.

O INTS entende que uma gestão segura, eficiente e eficaz é aquela que não existem espaços para o desconhecimento, entendemos que utilizando uma metodologia baseada na entrada de informação coerente, no monitoramento e na realização de feedbacks constantes é a maneira ideal para construção da melhoria contínua.

Atualmente, podemos dizer que o sucesso ou o fracasso na consolidação de resultados e objetivos das organizações está intimamente atrelado a rapidez e a assertividade com que as tomadas de decisões acontecem, as quais devem sempre se basear em dados confiáveis e informações claras e precisas.

Para que os colaboradores da HOSPITAL, PA E SAMU conheçam as metas contratadas e os resultados mensais alcançados será utilização o quadro de gestão à vista que pode trazer muitos benefícios, tais como:

A constante alimentação e atualização das informações permite aos colaboradores uma visão precisa do que está acontecendo na unidade, tal como os processos críticos, as tendências positivas e negativas, e pontos de controle. Faz-se essencial que todos os envolvidos no processo tenham acesso às informações;

O acompanhamento dos colaboradores para com seus próprios resultados e com os resultados de suas equipes melhora a compreensão da importância do trabalho e da dedicação de todos e ajuda a instituição a atingir suas metas e melhorar seus resultados;

A partir do ensinamento e treinamento em ferramentas de controle, a equipe começa a adquirir um conhecimento essencial, reforçando a cultura da gestão com base em informações e fatos. Desta forma, o processo de tomada de decisão ganha credibilidade;

Com a análise dos indicadores e suas variáveis, é possível identificar tendências e agir na prevenção de problemas, ajustando os processos e eliminando falhas da operação;

Contribui para a disseminação da cultura da organização, transformando o compartilhamento de informações e a melhoria na comunicação em uma rotina diária.

Além das reuniões de acompanhamento das metas o INTS irá estruturar um painel de gestão a vista na unidade, onde será plotado os indicadores de desempenho quantitativos e qualitativos do Contrato de Gestão. O conceito de gestão a vista é baseado na integração dos processos, por meio de indicadores eficientes, que mostrem realmente o que está acontecendo na operação e que, ao serem analisados, proporcionem uma visão clara e objetiva, voltada à melhoria. Estes indicadores, visam mostrar para toda as unidades, em todos os níveis, quais processos precisam de maior atenção e quais aqueles que ainda podem ser melhorados.

Todos os indicadores estarão disponíveis e afixados em locais visíveis sendo estes avaliados trimestralmente pela equipe de monitoramento avaliando as não conformidades, correção ou ação imediata e ação de prevenção para aplicação das ações corretivas. Importante ressaltar que cada processo possuí a ferramenta Mapa de Processo

e cadeia cliente fornecedor, que determina os padrões e requisitos e os meios de comunicação para a entrega e recebimento dos produtos. Estes requisitos serão acordados entre fornecedor e clientes a partir das necessidades e expectativas identificadas. E então serão definidos os requisitos de cada processo.

O controle da conformidade com seus requisitos será feito durante o recebimento do produto, nas auditorias e nas manifestações de clientes internos e externos. Toda não conformidade, quando identificada, sofrerá correção e será relatada ao processo, que registrará a ocorrência e a submeterá a uma avaliação para avaliar sua causa e raiz, de maneira que possam ser implementadas ações corretivas e evitada a sua recorrência.

O setor da qualidade realizará auditoria dos processos internos, que serão verificados anualmente com base em requisitos de normas certificáveis e legislações aplicáveis, além de auditorias especificas de ferramentas da qualidade.

A existência de problemas operacionais será tratada como oportunidades para a dos processos internos. Na grande maioria, os planos de ação, com vistas à correção de algum problema, resultarão na descrição e aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Quando uma ação Não conformidade não puder aguardar a resposta ao relato, os gestos do processo realizarão as correções de imediato e em seguida fará a identificação das causas raiz e elaborará ações corretivas, garantindo que não haja prejuízo no resultado dos processos ou na assistência prestada.

Outra forma de controle será por meios de resultados dos indicadores. O gestor de cada processo identificará indicadores com tendências desfavoráveis e irá se reunir com os funcionários para analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os processos principais e de apoio serão avaliados nas reuniões de Avaliação Gerencial Mensal nas quais serão apresentados os resultados de todos os processos e oportunidades de melhorias, para aprovação.

Outra forma de avaliar será nas reuniões semestrais de análise crítica dos processos com a alta direção e com todos os setores da instituição. Nesta reunião serão apresentados todos os indicadores operacionais, analisados os resultados, metas, exclusão e/ou inclusão de indicadores. Cada setor será responsável por trazer um referencial comparativo externo como forma de justificativa, e na análise, estipular se- à em conjunto com a nova meta a ser seguida no próximo semestre.

Ressalta se que nem todos os indicadores possuem facilidade na obtenção do referencial comparativo, contudo, será cultura identificar em normas regulamentos pertinentes. Quando não encontrados, o levantamento histórico na base de dados e caso não se encontre informações, a meta será estipulada de acordo com a experiência do setor. Principalmente nesse caso, observando a ausência de desafio durante a análise mensal dos indicadores, a meta será restabelecida.

Os processos clínicos serão avaliados nas reuniões mensais do corpo clinico da instituição, justamente com a coordenação técnica, que discutirão casos específicos atendidos nos pontos de atenção elencados neste contrato de gestão e quando ocorrem não conformidades, serão discutidas as ações corretivas mais adequadas.

A identificação dos riscos será estruturada a Matriz de Gestão de Riscos. Após a identificação dos riscos, serão definidas ações para o tratamento de riscos, que abrangem:

§ Forma de correção frente à falha/erro: ações realizadas frente a Falha ocorrida, com o objetivo de minimizar o impacto.

§ Contingência frente à falha/erro: usualmente é obrigatório haver planos de contingência para toda a situação que exponha o paciente ou a organização a alto grau de risco.

§ Plano de ação relacionado (ação corretiva se estiver em andamento): sempre que houver algum outro plano de ação definido para a falha /erro de identificado utilizando como base para a estruturação da ação corretiva os tipos de risco primário e secundário identificados na matriz de gerenciamento de risco.

Com os resultados de medição e monitoramento, o INTS conseguirá visualizar e entender bem os resultados do seu processo, tornando possível a tomada de decisões corretas para melhorias quanto a alocação de recursos em processos para atingir os objetivos estabelecidos. Maus resultados são gatilhos para a execução de planos de ação para a correção dos problemas detectados.

Será utilizado o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), como forma de manter a melhoria contínua, propondo que detectados maus resultados de indicadores, o INTS irá executar um plano de ação, definindo ações corretivas, visando melhorar os resultados do processo. Executadas estas ações corretivas, a medição, monitoramento e análise serão realizadas novamente, para verificar se as ações tomadas funcionaram. Se não funcionarem, este processo deve ser repetido. A partir daí vem a busca por causas fundamentais. Aprofundando a análise com a aplicação dos “Cinco porquês” para cada uma das causas básicas. Um diagrama de Causa e Efeito (Diagrama de Espinha de Peixe, ou Ishikawa) também poderá ser realizado, para categorizar as causas e observar aquelas que se repetem.

O INTS será responsável em informar, mensalmente, toda a produção dao Hospital, PA e Samu no Sistema oficial do Ministério da Saúde (Sistema de informação – SAI/SUS), em meio magnético, para processamento na Secretaria Municipal de Saúde, obedecendo ao cronograma oficial.

PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUARIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

OUVIDORIA

É um órgão de apoio estratégico e especializado, além de eficaz mediadora na busca de soluções de conflitos e eficiente agente promotor de mudanças. Atenta aos princípios constitucionais de legalidade, moralidade, impessoalidade e eficiência, a Ouvidoria é um canal de comunicação, imparcial e independente, consolidada como instrumento de democracia participativa.

A missão é prestar um atendimento de qualidade e personalizado aos pacientes, sendo um facilitador na sua relação com o hospital, PA e SAMU. Por meio de contatos presenciais, por telefone, pesquisas de opinião, e-mails, entre outros, estabelecemos um canal direto de comunicação que possibilita detectar falhas e formas de melhorias dos processos internos das unidades.

Para acolhimento dos nossos pacientes e acompanhantes são feitas visitas diariamente em todos os leitos, trabalhando com um atendimento personalizado.

São objetivos da Ouvidoria do Hospital PA e SAMU

- assegurar a participação da comunidade na Instituição, para promover a melhoria dos serviços oferecidos;

- reunir informações sobre diversos aspectos do Hospital, com o fim de contribuir para a administração hospitalar;

- imprimir um maior direcionamento às ações da administração no tocante ao atendimento prestado a sua clientela;

- conhecer e avaliar, através de um instrumento de pesquisa, a satisfação do paciente.

A Ouvidoria recebe:

I – reclamações, em que o solicitante pode reclamar ou fazer críticas sobre quaisquer Unidades e sobre serviços prestados pelo Hospital, PA e SAMU;

II – sugestões, em que o solicitante pode sugerir alternativas para melhorar as Unidades, os serviços prestados e/ou as instalações do Hospital, PA e SAMU;

III – consultas, em que o solicitante pode obter variadas informações;

IV – elogios, em que o solicitante pode elogiar funcionários, médicos, serviços, instalações e outros elementos que considere eficientes no Hospital, PA e SAMU;

Proposta Normas e Rotinas da Ouvidoria

Como entrar em contato com a ouvidoria

Atendimento pessoal: diariamente, de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 17h00.

Atendimento eletrônico: através do e-mail.

Atendimento telefônico; através de telefone especifico para este fim.

Atendimento via Caixa de Coleta: através de formulário disponibilizado. Localização da Ouvidoria: Será determinada uma Sala individual com funcionário treinado para essa demanda.

Do atendimento

Todas as solicitações à Ouvidoria são documentadas em ordem cronológica, em cujo registro deve constar:

I – data do recebimento da demanda;

II – data da resposta;

III – nome do solicitante;

IV – endereço/telefone/e-mail do solicitante;

V – forma de contato mantido – pessoal, por telefone, através da caixa de sugestões, por formulário on-line ou por e-mail;

VI – proveniência da demanda - por pacientes internados; por pessoas da comunidade; por funcionários; por médicos; por familiares ou acompanhantes de pacientes internados;

VII – tipo de demanda – reclamação, sugestão, consulta ou elogio;

VIII – unidade envolvida;

IX – situação apresentada;

X – resposta.

Do Atendimento Pessoal

Normas:

Acolher o Usuário e ouvir sua demanda atentamente.

Registrar em formulário próprio (em anexo), quando necessário for a formalização da demanda, através de CI (Comunicação Interna), ao setor competente a fim de que apresente uma solução para a questão ou se posicione acerca da demanda realizando o devido encaminhamento, dentro do prazo estabelecido (demandas internas: 05 dias úteis; demandas externas: 10 dias úteis).

Prestar orientação/esclarecimento, quando a formalização da demanda não se fizer necessária.

Realizar contato com o interessado, com o objetivo de informá-lo sobre a resposta dada pelo setor.

Realizar contato pessoal, telefônico ou através de CI com o setor envolvido, caso a resposta não for encaminhada no prazo estabelecido, solicitando-lhes posicionamento sobre a demanda.

Vale ressaltar que em todos os atendimentos realizados pela Ouvidoria será garantido o sigilo quanto à autoria da manifestação, quando expressamente solicitado ou quando tal providência se fizer necessária.

Do Atendimento Eletrônico

Normas:

Realizar consulta diária ao e-mail.

Registrar em formulário próprio através de CI (Comunicação Interna), ao setor competente a fim de que apresente uma solução para a questão ou se posicione acerca da demanda realizando o devido encaminhamento, dentro do prazo estabelecido (demandas internas: 05 dias úteis; demandas externas: 10 dias úteis).

Realizar contato com outros setores/serviços, quando se fizer necessário, para responder à demanda apresentada pelo usuário. Informa ao interessado a resposta às solicitações encaminhadas.

Vale ressaltar que em todos os atendimentos realizados pela Ouvidoria será garantido o sigilo quanto à autoria da manifestação, quando expressamente solicitado ou quando tal providência se fizer necessária.

Do Atendimento Telefônico

Normas:

Ouvir atentamente a demanda do Usuário.

Esclarecer/orientar quanto à questão formulada.

Orientar o Usuário quanto ao comparecimento à Ouvidoria ou acesso a ela por meio eletrônico, quando a demanda apresentada não puder ser realizada por meio telefônico.

Do Atendimento via Caixa de Coleta

Normas:

Realizar consulta semanal à Caixa de Coleta da Ouvidoria através de formulário disponibilizado pela Ouvidoria junto aos setores das unidades. (Formulário a ser elaborado no início da implantação conforme necessidade especifica das unidades)

Registrar em formulário próprio através de CI (Comunicação Interna), ao setor competente a fim de que apresente uma solução para a questão ou se posicione acerca da demanda realizando o devido encaminhamento, dentro do prazo estabelecido (demandas internas: 05 dias úteis; demandas externas: 10 dias úteis).

Realizar contato com outros setores/serviços, quando se fizer necessário, para responder à demanda apresentada pelo Usuário. Informar ao interessado a resposta às solicitações encaminhadas.

Vale ressaltar que em todos os atendimentos realizados pela Ouvidoria será garantido o sigilo quanto à autoria da manifestação, quando expressamente solicitado ou quando tal providência se fizer necessária.

Do Quadro de Ocorrências dos Atendimentos

Normas:

Elaborar o Quadro de Ocorrências dos Atendimentos mensais realizados pela Ouvidoria.

Encaminhar cópia do referido documento acima à Direção Admistrativa do hospital e SAMU para que esta tome conhecimento dos casos apresentados, bem como dos status em que se encontram.

Elaborar o Relatório anual, observando os aspectos relevantes, as contribuições apresentadas pela Ouvidoria e os desafios que precisam ser vencidos, a fim de contribuir com a efetivação dos direitos dos cidadãos usuários das unidades e a melhoria dos serviços prestados pela instituição.

Os relatórios devem abranger no mínimo os seguintes dados gerais:

I – o número total das demandas recebidas em cada mês e a soma das demandas dos dois meses;

II – o movimento das demandas recebidas por mês, com o número de solicitações registradas de acordo com cada grupo de usuários;

III – o movimento das demandas por categorias, com o número de solicitações definidas como: reclamações, sugestões, consultas e elogios;

IV – o movimento das demandas por meio de acesso, com o número de contatos realizados pessoalmente, através de e-mail, formulário on-line, caixa de sugestões, ou por telefone.

V – as categorias das demandas recebidas por segmento, com o número de solicitações registradas em cada categoria – reclamações, sugestões, consultas e elogios -, relacionadas aos grupos de usuários;

VI – as categorias das demandas recebidas por unidade, com o número de solicitações registradas em cada categoria, relacionadas às unidades envolvidas

Divulgação aos usuários sobre os trabalhos da Ouvidoria através de folders disponibilizados no ato do atendimento e em quadro disponível nos setores das unidades.

Da Pesquisa de Satisfação do Usuário.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários tem por objetivo avaliar a percepção de satisfação dos usuáriosdo hospital PA e SAMU, com vistas ao aprimoramento da qualidade do atendimento.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários será realizada em vários períodos durante o ano a ser definido, obedecendo aos direcionamentos do corpo gestor das unidades.

A Ouvidoria é responsável pela coleta dos dados (aplicação de questionários), conforme amostragem também definida pelo corpo gestor das unidades em que os entrevistados respondem a um questionário estruturado padrão, contendo perguntas que avaliam os aspectos relacionados à estrutura, atendimento e avaliação geral do Hospital.

A opção por um questionário estruturado se deve às vantagens que apresenta tanto sob o ponto vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

O INTS implantará no Hospital Municipal de Bertioga, até 03 (três) meses da assinatura do contrato todas as Comissões mínimas e obrigatórias e previstas na legislação vigente e apresentar à Secretaria de Saúde, trimestralmente, os relatórios das comissões especificadas.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica do Hospital e PA de Bertioga tem como principal objetivo supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício da atividade médica dentro da instituição, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais.

A comissão tem função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da medicina na área de abrangência do Hospital e PA.

Compete à comissão agir preventivamente, conscientizando o corpo clínico do HOSPITAL E PA DE BERTIOGA quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.

Membros Componentes

Composição da Comissão de Ética Médica:

Componente	Quantidade	Perfil
Presidente	01 (um)	Médico
Membro	01 (um)	Médico
Membro	01 (um)	Médico
Membro	01 (um)	Médico

Obs.: A composição da Comissão obedecerá aos critérios estabelecidos em legislação específica.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato:

Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na Unidade;

Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Unidade, dentro de sua área de competência

Frequência das reuniões:

A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente, trimestralmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação.

Controle das mesmas pela Direção Médica:

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e apresentado em forma de relatório à Diretoria da Unidade.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo I - Da Composição e da Sede

Art. 1º - A Comissão de Ética Médica é constituída por 4 (quatro) membros titulares e 4 (quatro) membros suplentes, eleitos pelo Corpo Clínico.

Art. 2º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6 (seis) meses anterior às eleições oficiais serão automaticamente reconduzidas, não necessitando de nova eleição.

Art. 3º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na Instituição serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Art. 4º - O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos de acordo com o número de votos; o mais votado será o Presidente e o segundo membro mais votado assumirá o cargo de Secretário.

Art. 5º - A Comissão se reunirá nas dependências da Instituição, e usufruirá de sua infraestrutura física e administrativa.

Capítulo II - Das Competências

Art. 6º - A todos os membros da Comissão de Ética Médica, compete:

Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica discutindo e votando as matérias em pauta;

Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica, previstas na legislação vigente;

Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles, que vierem a responder Sindicâncias.

Art. 7º - Os membros da Comissão de Ética Médica reunir-se-ão trimestralmente, ou de acordo com a solicitação e/ou convocação do Presidente da Comissão.

Capítulo III - Das Atribuições

Art. 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Ética Médica:

Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na Instituição;

Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

Capítulo IV - Das Competências do Presidente e Secretário

Art. 9º - Ao Presidente da Comissão de Ética Médica compete:

Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive o CRM;

Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

Nomear o Secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica sempre que necessário;

Receber e encaminhar ao CRM ou à Diretoria Geral se for o caso, as sindicâncias já devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica, quando da apuração de sindicância.

Art. 10º - Ao Secretário da Comissão de Ética Médica compete:

Substituir o Presidente em seus impedimentos ocasionais;

Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo V - Das Sindicâncias

Art. 11º - As Sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética Médica obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução, observando-se que as peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica e numérica.

Art. 12º - A Sindicância será aberta mediante:

Denúncia por escrito e devidamente identificada;

Comunicação escrita do Diretor Geral;

Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

Solicitação da Delegacia Regional;

Solicitação do CRM.

Art. 13º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para a apresentação de relatório acerca da questão, oportunidade em que será facultada a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas admitidas no Direito, nessa fase.

Art. 14º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros que possam colaborar no deslinde da questão deverão ser compilados à sindicância.

Art. 15º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 16º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica se reunirá para analisar e emitir o relatório conclusivo sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ou infração administrativa.

Parágrafo Único – Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Art. 17º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado ao Diretor Geral, conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determinem as providências a serem adotadas.

Art. 18º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao CRM, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Art. 19º - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância em questão.

Capítulo VI - Das Disposições Gerais

Art. 20º - Este regimento poderá ser alterado:

Após avaliação do desempenho da Comissão, se for o caso;

Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Em ambos os casos, por proposta do Diretor Geral.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Reuniões ordinárias:

Local: Sala das Comissões

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais, conforme cronograma abaixo.

Cronograma das Reuniões Ordinárias

Reunião	Data
1ª	1 (um) mês após início do contrato
2ª	90 dias após a reunião de implantação
3ª	90 dias após a 2ª reunião
4ª	90 dias após a 3ª reunião
5ª	90 Dias após a 4ª reunião

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem, como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem no HOSPITAL E PA DE BERTIOGA, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na HOSPITAL E PA DE BERTIOGA, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas.

Organização e Composição

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por 5 (cinco) membros do corpo de enfermagem, entre enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem da HOSPITAL E PA DE BERTIOGA.

Um membro desta Comissão, obedecendo aos critérios para inscrição, será o Presidente, sendo escolhido por eleição direta pelos membros que formam a Comissão de Ética de Enfermagem. É desejável que o mesmo exerça suas funções em mandato de 2 anos consecutivos, prazo esse não prorrogável.

A comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Gerencia Operacional de Enfermagem da Instituição, estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Membros efetivos	Membros suplentes
Presidente	Cinco membros suplentes
Vice-presidente	-
Secretária	-
Dois membros componentes	-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Capítulo I - Dos Objetivos

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é o órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia em caráter permanente junto a essa Instituição, contemplando função educativa, fiscalizadora, e consultiva do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem

Capítulo II - Da Natureza e Finalidades

Art. 2° - A CEE é reconhecida pela Diretoria Técnica e Gerência Operacional (enfermagem), estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, atuando, divulgando, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos de sua competência.

Art. 3° - A CEE deverá informar à Gerência Operacional o calendário anual de suas reuniões e/ou atividades.

Art. 4° - A CEE tem por finalidade:

Colaborar com o COREN em assuntos e adoção de medidas universais relacionadas ao bom desempenho da ética na enfermagem;

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem por meio de análises das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e/ou auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem;

Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos a ética dos profissionais de enfermagem.

Capítulo III – Da Competência

Art. 5° - Compete à CEE:

Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética de Enfermagem, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das resoluções e decisões do COFEN e do COREN.

Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar em assuntos relacionados ao desempenho ético da profissão.

Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que exercem atividades na instituição seja elas assistenciais e/ou educacionais, interna e externamente.

Realizar sindicâncias sobre fato notificado, quando necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando a termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo encaminhamentos que venham a julgar necessárias. A CEE deverá comunicar formalmente à Diretoria de Enfermagem da abertura de sindicância.

Encaminhar o relatório de sindicância, juntamente com o parecer da CEE, ao COREN no prazo de 30 (trinta) dias úteis, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a Coordenação de Enfermagem.

Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo.

Cientificar à Diretoria de Enfermagem sobre todo relatório conclusivo das sindicâncias instauradas pela CEE, imediatamente após sua confecção.

Elaborar, quando necessários e conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos meios diagnósticos de complexa tecnologia e novas terapêuticas não codificadas eticamente.

Solicitar aos responsáveis pela Coordenação de Enfermagem informação e documentos julgados indispensáveis para elucidação dos fatos a serem apurados.

A CEE se fará representar pelo menos por um de seus membros, nas convocações realizadas oficialmente pelo COREN.

Elaborar relatórios anuais das ações desenvolvidas e encaminhar ao COREN.

Art.6° - Compete aos membros da CEE:

Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário;

Comparecer às reuniões internas da Comissão e representar externamente à CEE, discutindo e opinando sobre matérias em pauta;

Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento;

Garantir o exercício do amplo direito de sigilo e de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

Garantir o sigilo público dos informes apurados durante o processo de sindicância.

Capítulo IV - Da Estrutura

Art.7° – A CEE deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem, obrigatoriamente com vínculo empregatício na instituição.

Capítulo V - Da Composição

Art.8° – A CEE deverá ser constituída por cinco membros efetivos, sendo três Enfermeiros, dois Técnicos e/ ou Auxiliares de Enfermagem e cinco membros suplentes sendo três Enfermeiros e dois Técnicos e /ou Auxiliares de Enfermagem.

§ 1° - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, por meio de votação interna e por maioria simples dos membros que se elegeram para a CEE.

§ 2° - As funções de Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

§ 3° - A CEE somente poderá deliberar com presença da maioria simples de seus membros.

§ 4° - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos seus suplentes os trabalhos da Comissão.

Capítulo VI - Das Atribuições

Art.9° - Ao Presidente da CEE, compete:

Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

Planejar e dirigir todas as atividades da Comissão;

Representar a CEE nas Comissões multidisciplinares da instituição;

Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Coordenação de Enfermagem;

Elaborar parecer final para encaminhar ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.

Art. 10° - Ao Vice-Presidente da Comissão compete:

Participar das reuniões da CEE;

Colaborar no planejamento e controle das atividades da CEE;

Assessorar e participar nas atividades do Presidente;

Substituir o Presidente na sua ausência.

Art. 11° - Ao Secretário da CEE compete:

Secretariar as reuniões e registrá-las em ata;

Verificar o quorum nas sindicâncias;

Realizar as convocações necessárias;

Organizar arquivo referente aos relatórios da Comissão;

Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas;

Elaborar, conjuntamente com o Presidente, os relatórios da Comissão.

Art. 12° – Aos Suplentes da CEE compete:

Participar e colaborar nos trabalhos;

Atender as convocações para reunião;

Substituir os membros efetivos nas reuniões;

Divulgar, juntamente com a instituição, os objetivos regimentais da CEE.

Capítulo VII - Das Eleições

Art.13° – Os membros da CEE serão eleitos por meio de voto facultativo e direto a cada dois anos.

Art.14° – A CEE, vigente à época, fará a indicação e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, condução, apuração e informação do resultado do eleitoral.

§ 1° - O membro da Comissão Eleitoral não poderá candidatar-se à pleito concomitante.

§ 2° - A Convocação para a eleição será feita pela Gerência de Enfermagem por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação.

§ 3° - No material de divulgação do processo eleitoral deverão constar, no mínimo, os seguintes informes:

Local, data, horário e duração das eleições;

Número de enfermeiros, por categoria, a serem eleitos;

Período, documentação necessária, horário e local para inscrição dos candidatos.

§ 4° - O candidato deverá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da Instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

§ 5° - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, que será confirmada com a expedição de declaração oficial desse Conselho, sem ônus para o candidato e para a instituição.

§ 6° - O candidato deverá possuir os seguintes requisitos:

Ter no mínimo 02 anos de inscrição definitiva e estar em dia com suas obrigações junto ao COREN;

Não poderá ter ou estar respondendo a processo ético no COREN nos últimos 05 anos, ao qual tenha sido lhe imputado responsabilidade ou esteja inconclusivo;

Não poderá ter ou estar respondendo a processo administrativo e/ou ético na Instituição nos últimos 5 anos, ao qual tenha sido imputando-lhe responsabilidade ou esteja inconclusivo.

§ 7° – A 1ª Comissão poderá candidatar-se novamente por apenas mais um processo eleitoral.

Art.15° - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês de abril nos anos pares, devendo a posse ocorrer até o dia 20 de maio do mesmo ano.

Art.16° - A apuração será realizada no local onde efetuar-se a eleição, imediatamente após o encerramento do processo eleitoral com a participação da Comissão Eleitoral, devendo ser acompanhada por um representante oficial do COREN e todos os interessados que assim se manifestarem:

§ 1° - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem maioria simples dos votos, devendo, o resultado final, ser enviado ao COREN, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o processo eleitoral para homologação.

§ 2° - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, procede ao desempate de acordo com o tempo de exercício na instituição. Caso persista o empate considerar-se-á o profissional com o número de registro mais antigo no COREN, como o vencedor.

§ 3° - Protesto e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, dentro de, no máximo, 48 horas após o processo eleitoral e encaminhado, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à CEE e, por último, a instância superior – COREN.

§ 4° - Não serão computadas as cédulas eleitorais rasuradas ou que possuírem qualquer vício que ponha em dúvida o sigilo ou a origem do voto.

§ 5° - Tão logo os eleitos sejam homologados pelo COREN, deverão ser empossados na instituição.

Art. 17° - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral vigente, podendo esta formular, oficialmente, consultas ao COREN.

Capítulo VIII - Das Disposições Gerais

Art. 18° - A CEE reunir-se-á, uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Art. 19° - A CEE, reunir-se-á extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Art. 20° – O quorum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da CEE.

Art. 21º – Na renúncia, demissão e rescisão contratual ou qualquer outra impossibilidade de presença de um ou mais membros efetivos da CEE, será automaticamente substituído pelo suplente, de acordo com o número de votos obtidna eleição. Na impossibilidade deste, far-se-á um novo pleito para complementação do mandato, cientificando-se formalmente e antecipadamente o COREN.

§ único – Em caso excepcional, a Instituição poderá encaminhar indicação (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação da vaga existente.

Art. 22° – A ausência não justificada em mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas, na ausência de força maior, excluirá automaticamente o membro efetivo da

CEE, sendo convocado o suplente imediato. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas oficialmente ao COREN.

Art. 23° – Quando um membro da CEE estiver envolvido em sindicância, direta ou indiretamente, o mesmo, poderá ser convocado normalmente a prestar esclarecimentos, estando, automaticamente, impedido a participar em suas atividades na Comissão, até ser oficializada a sua não responsabilidade no fato motivador da sindicância.

Art. 24° - Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 (três) dias úteis após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela CEE, o fato deverá ser comunicado ao CEE sob forma de denúncia, ficando assim o respectivo profissional sujeito às penalidades.

Art. 25° - Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Surgindo fato novo, a CEE poderá convocar e organizar sindicâncias complementares sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias, independentemente do tempo decorrido.

Art. 26° - Na necessidade da presença de profissionais de outras categorias, os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de depoentes.

Art. 27° - A CEE deverá enviar ao COREN relatório sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, informando o número de sindicâncias realizadas ou em andamento, assim como demais realizações regimentais, para análise do COREN.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Atividade	**Mês 01**	**Mês 02**	**Mês 03**	**Mês 04**	**Mês 05**	**Mês 06**	**Mês 07**	**Mês 08**	**Mês 09**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Formar comissão eleitoral junto ao COREN	x											
Proceder a realização da eleição da comissão		x										
Nomear membros da comissão			x									

Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno			x	x								
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.				x								
Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realizar sindicâncias sobre condutas de enfermagem	Quando ocorrer											
Realizar atividades educativas para a equipe de enfermagem e outros profissionais da instituição sobre questões éticas				x	x	x						

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é instrumento importante de controle de qualidade nas instituições de saúde. Por meio dela, promove-se o aperfeiçoamento do Prontuário Médico do Paciente e a análise de seu preenchimento, o que permite a melhoria substancial da informação clínica.

Através da sua Comissão de Revisão de Prontuários, garantido a qualidade das informações sobre a saúde do paciente e possibilita a comunicação eficiente entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada. Dentre os objetivos da comissão estão o estabelecimento de normas que garantam o registro seguro, o manuseio e a guarda corretos do Prontuário Médico do Paciente; a supervisão da prática do registro seguro; e a avaliação amostral de prontuários para propor medidas corretivas e educativas.

São atribuições da CRP supervisionar o preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários; monitorar a correção das inconformidades identificadas; observar os itens que devem constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel), a exemplo da identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.

O INTS reconhece a importância do prontuário enquanto “registro em saúde” que permite avaliar a qualidade da prestação do serviço de saúde, uma vez que a qualidade dos registros efetuados passa a ser um reflexo da qualidade da assistência prestada. Ainda, o prontuário é estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa em saúde e para o ensino (formação profissional).

Membros Componentes

Composição da Comissão de Prontuário

Componente	Quantidade	Perfil
Presidente	01 (um)	**Médico**
Membro	01 (um)	**Médico**
Membro	03 (três)	**Enfermeiro**
Membro	03 (três)	**Nível Universitário**
Membro	**01 (um)**	**Apoio Administrativo**

Obs.: A composição da Comissão obedecerá aos critérios estabelecidos em legislação específica.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato:

A Comissão de Prontuários, constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante na unidade de saúde, tendo por objetivo: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados na unidade.

Frequência das reuniões:

A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação.

Controle das mesmas pela Direção Administrativa:

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e apresentado em forma de relatório à Diretoria do Hospital de Bertioga

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

Capítulo I - Da Missão

Art. 1 - A Comissão de Prontuários tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência nas Unidades de Saúde; para um diagnóstico e tratamento mais seguros;

A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.

O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde-doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico).

Capítulo II - Das Finalidades

Art. 2 - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante na unidade de saúde, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados nessas unidades.

Capítulo III - Das Competências

Art. 3 - À Comissão de Prontuário compete:

Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;

Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;

Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;

Analisar os impressos e sugerir modificações;

Verificar o padrão de atendimento prestado.

Capítulo IV - Da Organização

Art. 4 - A Comissão de Prontuários constituída por ato da Diretoria da Unidade, através de Portaria Interna, terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Art. 5 - A Comissão de Prontuário é um órgão de atenção de controle e avaliação, estando subordinada ao Diretor da Unidade.

Art. 6 - A Comissão de Prontuário, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Art. 7 - A participação da Comissão de Prontuário não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

Capítulo V - Dos Membros

Art. 8 - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequencia abaixo:

Presidente (representante médico);

Membros Titulares (01 médico, 03 enfermeiros e 03 níveis universitários);

Membro Suplente (01 médico, 03 enfermeiros e 03 da categoria Nível Universitário);

Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 titular e 01 suplente.

Capítulo VI - Da Competência Dos Membros

Art. 9 - Ao Presidente compete:

Presidir e coordenar as atividades da Comissão;

Coordenar as reuniões da Comissão;

Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;

Art. 10 - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;

Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;

Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

Analisar os impressos e propor modificações quando necessário;

Art. 11 - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

Redigir ata de reunião de forma clara;

Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

Capítulo VII - Das Funções

Art. 12 - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 13 - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a vontade da maioria.

Art. 14 - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art. 15 - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Art. 16 - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art. 17 - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Art. 18 - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

Reuniões ordinárias:

Local: Sala das Comissões

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais, conforme cronograma abaixo:

Cronograma das Reuniões Ordinárias.

A previsão de horário para início da reunião será sempre às 9h

Reunião	Data
1ª	**1 (um) mês após início do contrato**
2ª	**30 dias após a reunião de implantação**
3ª	**30 dias após a 2ª reunião**
4ª	**30 dias após a 3ª reunião**
5ª	**30 dias após a 4ª reunião**
6ª	**30 dias após a 5ª reunião**
7ª	**30 dias após a 6ª reunião**
8ª	**30 dias após a 7ª reunião**
9ª	**30 dias após a 8ª reunião**
10ª	**30 dias após a 9ª reunião**
11ª	**30 dias após a 10ª reunião**
12ª	**30 dias após a 11ª reunião**

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E REVISÃO DE ÓBITOS

A Comissão de Revisão e Análise de Óbitos do Hospital e PA de Bertioga tem o objetivo de avaliar as circunstâncias dos óbitos institucionais, bem como supervisionar o preenchimento das declarações de óbitos fornecidas. O conhecimento desses aspectos é de grande relevância, pois contribui para o aprimoramento da atenção e do cuidado na unidade.

Sob a responsabilidade da comissão está a análise dos dados demográficos de todos os óbitos ocorridos, mensalmente, incluindo a distribuição po sexo, idade média, tempo de permanência na unidade e as causas relacionadas. A comissão avalia, ainda, se o preenchimento das declarações de óbito está completo e correto.

Membros Componentes

Composição da Comissão de Óbitos

Componente	**Quantidade**	**Perfil**
Presidente	01 (um)	**Médico**
Vice-Presidente	01 (um)	**Médico**
Secretário	01 (um)	**Médico / Enfermeiro**
Membro	**01 (um)**	**Médico / Enfermeiro**

Obs.: A composição da Comissão obedecerá aos critérios estabelecidos em legislação específica.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato:

O objetivo desta proposta visa a padronização de critérios para implantação da Comissão de Óbitos, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Frequência das reuniões:

As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mensal, sendo a primeira a partir do primeiro mês de vigência do contrato.

Controle das mesmas pela Direção Geral:

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e apresentado em forma de relatório à Diretoria da Unidade.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÓBITOS

Os objetivos deste modelo de regimento visam a padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

NOME:

Comissão de óbitos

FINALIDADE:

Atender a legislação vigente.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 03 (três) membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Poderá haverá representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil do hospital.

Pronto-socorro / Pronto-Atendimento

Especialidade definida a critério da Diretoria

Serviço de Enfermagem

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria da unidade.

A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em murais da Unidade a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor da unidade. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Diretoria da Unidade.

SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões da Unidade, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria da unidade.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e apresentado em forma de relatório à Diretoria da Unidade.

ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;

Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Zelar pelo sigilo ético das informações;

Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

Convocar e presidir as reuniões;

Indicar seu vice-presidente;

Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da comissão;

Preparar a correspondência;

Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRM, em conjunto com o Diretor da unidade.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos do ato constitutivo nas dependências da Unidade.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Comissão de óbitos reuniões ordinárias:

Local: Sala das Comissões

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais, conforme cronograma abaixo:

Cronograma das Reuniões Ordinárias

Reunião	Data
1ª	**1 (um) mês após início do contrato**
2ª	**30 dias após a reunião de implantação**

3ª	**30 dias após a 2ª reunião**
4ª	**30 dias após a 3ª reunião**
5ª	**30 dias após a 4ª reunião**
6ª	**30 dias após a 5ª reunião**
7ª	**30 dias após a 6ª reunião**
8ª	**30 dias após a 7ª reunião**
9ª	**30 dias após a 8ª reunião**
10ª	**30 dias após a 9ª reunião**
11ª	**30 dias após a 10ª reunião**
12ª	**30 dias após a 11ª reunião**

COMISSÃO DE FARMACO/TECNOVIGILÂNCIA

O Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância é responsável pela identificação, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos e de efeitos indesejáveis imediatos ou tardios. Também atua na identificação, análise e prevenção de qualquer problema relacionado com medicamentos (queixas técnicas, erros de medicação, interações medicamentosas).

Assim, recolhe e avalia informações sobre os efeitos indesejáveis ou inesperados da utilização de fármacos, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência. De igual forma, está atento aos eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, artigos médico-hospitalares) na fase de pós-comercialização, com o objetivo de recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde.

É ele que verifica desvios na qualidade de produtos farmacêuticos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, aponta erros de administração de medicamentos, notifica perdas de eficácia e casos de intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos. Logo, o comitê observa o uso de fármacos e produtos, além de avaliar as interações desses fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos, bem como seus efeitos adversos.

PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Gerenciamento de Risco é de natureza investigativa e técnico- científica e tem por finalidade assessorar a Direção da unidade na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos assistenciais, além de contribuir na disseminação do conhecimento sobre Gerenciamento de Risco para o corpo técnico da unidade.

Parágrafo Primeiro: Composição

A Comissão de Gerenciamento de Risco da unidade será constituída por:

Representante da Farmácia;

Representante da Segurança do Trabalho;

Representante da SCIH;

Representante da Enfermagem;

Representante dos Médicos

Responsável pelo PGRSS.

Que se deportam diretamente a Diretoria da unidade. O mandato desta constituição é de dois anos, permitida nova investidura, sem limitações.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais durante a execução das mesmas. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

O critério da Diretoria Técinca e da própria comissão, é que a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

Parágrafo segundo: Mandato

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral da unidade.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializada na ata da reunião, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Parágrafo Terceiro: Funcionamento e Organização

Deverão ocorrer reuniões periódicas conforme a necessidade da Comissão com data, local e horário, previamente definidos e informados aos membros da comissão. A frequência será mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática do membro.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: Data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Geral, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Atividades	**Mês 01**	**Mês 02**	**Mês 03**	**Mês 04**	**Mês 05**	**Mês 06**	**Mês 07**	**Mês 08**	**Mês 09**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**
Formar comissão	x											

Aprovar proposta de regimento interno	x											
Elaborar plano de atividades		x										
Organizar ações referentes as 6 metas internacionais para			x	x								
Implantar ações referentes a identificação dos					x	x	x	x				
Implantar ações referentes a prevenção de quedas								x	x	x	x	x

COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR;

É um órgão de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e o controle das infecções hospitalares; destina-se ao assessoramento da Superintendência e executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberadamente e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares

Suas funções

Elaborar, implementar, manter e avaliar programas de controle de infecção hospitalar, adequado as características e necessidades da instituição;

Implantação de um sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, de acordo com o III, da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde;

Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Uso racional de antimicrobiano, germicidas e materiais médico-hospitalares;

Avaliar, periodica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

Realizar investigações epidemiológicas de casos e surtos sempre que indicado, implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS;

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação de controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de isolamento;

Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

Definir, em cooperação com o Serviço de Farmácia, politica de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

Propor e participar de projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física do hospital, visando o controle, prevenção ou redução do risco de infecção;

Identificar os vetores de transmissão de doenças infecto-contagiosas;

Formular a estratégia de controle de infecção hospitalar em função dos dados levantados – controle de ambientes (limpeza, desinfecção, vetores, destino adequado do lixo hospitalar); controle de material (limpeza, desinfecção e esterilização); normatizar procedimentos operacionais – integrar suas atividades com as demais comissões e serviços existentes no HUSM.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO 1

DAS FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão tem a finalidade de desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), definido em Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 2

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º – As ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar serão realizadas pelos membros executores desta comissão, indicados para este fim pela Diretoria Técnica do |Hospital observando a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

Artigo 3º – A CCIH é composta por:

Membros Executores (Grupo Executor):

Médico Infectologista.

Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de infecção hospitalar.

Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de vigilância epidemiológica.

Secretária.

Membros Consultores (Grupo Normativo): Representante das seguintes áreas das especialidades assistenciais e administrativas hospitalares.

Parágrafo Único. Cabem aos membros executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela Comissão

CAPÍTULO 3

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º – Ao presidente da CCIH compete:

I. Presidir as reuniões ordinárias.

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

III. Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIH para apreciação e aprovação.

IV. Indicar seu vice-presidente.

V. Representar a comissão junto à diretoria do hospital , ou indicar seu representante. VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta.

VII. Fazer cumprir o regimento.

VIII. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

IX. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente, na sua ausência.

Artigo 5º – À CCIH compete:

Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das IRAS.

Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do PCIH.

Sugerir prioridades de ação para o controle e prevenção das IRAS.

Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH.

Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de IRAS apresentados pelos membros executores.

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual.

Garantir o cumprimento de suas resoluções, mantendo estreita relação com os demais profissionais da instituição.

Assessorar a Direção do departamento técnico ou clínico da instituição em assuntos de sua competência.

Promover campanhas de ação e conscientização de Higienização das Mãos e Vacinação.

Artigo 6º – Compete aos membros executores:

Elaborar, implementar e manter o PCIH.

Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de IRAS.

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias

Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das IRAS.

Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções relacionada à assistência à saúde.

Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico-administrativas, em conjunto com os diversos setores do hospital, visando o controle e a prevenção das infecções relacionada à assistência à saúde, bem como supervisionar a aplicação destes.

Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores.

Notificar ao Serviço de Vigilância em Saúde local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Desenvolver um trabalho de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à saúde, com utilização de busca ativa para coleta de dados, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares.

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, implementar medidas imediatas de controle e prevenção de reincidência.

Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento das infecções relacionadas à saúde, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções e isolamentos.

Definir, em cooperação com a comissão de farmácia e terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas, e materiais médico-hospitalares para a instituição.

Cooperar com o setor de treinamento visando obter capacitação adequada dos funcionários, quanto ao controle e prevenção de IRAS

Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital, visando identificar problemas e propor medidas para prevenção e controle de IRAS.

Elaborar e divulgar relatórios regularmente, com o intuito de melhorar os indicadores

Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam ações que reflitam em controle de IRAS

Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções relacionadas à Saúde, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar

Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas à Diretorias.

Notificar ao serviço de vigilância epidemiológica e sanitária do municipal os casos e surtos suspeitos ou diagnosticados de infecções associados à utilização de insumos, e/ou produtos industrializados

Notificar, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória) atendidos na instituição.

Artigo 7º Compete aos membros consultores:

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH.

Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de infecções relacionada à assistência à saúde a serem implementadas pelos membros executores.

Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde dentro de suas respectivas áreas de atuação, tendo em vista as competências da CCIH listadas no Artigo 5º.

CAPÍTULO 7

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º – As reuniões da CCIH são realizadas mensalmente, em sala de reuniões definida previamente, com agendamento anual (segunda semana do mês) e convocadas pelo Presidente da comissão por correio eletrônico.

Artigo 9º – Haverá reuniões mensais, ordinárias, do Presidente da CCIH com o Diretor Técnico e Administrativo do Hospital .

Artigo 10º – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas por qualquer membro da CCIH.

Artigo 11º – As decisões consideradas Resoluções serão submetidas às Diretorias, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 12º – Com exceção do Presidente, ou presidente em exercício, nenhum membro da CCIH pode falar em nome da comissão sem que esteja devidamente autorizado para isso.

Artigo 13º – A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, o presente regimento poderá ser alterado, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CGRSSS)

Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no Hospital, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no Hospital, PA e SAMU, de acordo com as normas vigentes.

Estará subordinada à Diretoria técnica do Hospital e terá representação de todos seguimentos envolvidos na assistência hospitalar.

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.

São atribuições desta comissão:

Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição.

Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevendo e controle dos resíduos hospitalares;

Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;

Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;

Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;

Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;

Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;

Elaborar regimento interno para a CGRSSS;

Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornece, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

COMISSÃO ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A comissão é vinculada à Diretoria Técnica e tem por finalidade **compartilhar os resultados de indicadores da área, promover ações de melhorias, controle dos riscos**, apresentar todas as ações implementadas e levar à discussão assuntos que precisam ser debatidos por equipe multiprofissional, promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital e racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

Será composta de, no mínimo, quatro membros, devendo contar, obrigatoriamente, com representação de um médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias.

À Comissão alimentação e nutrição compete:

I. Estabelecer as diretrizes técnicas administrativas que devem nortear as atividades da Comissão e suas relações com o hospital;

II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão;

III - Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e enteral, visando obter os benefícios máximos dos procedimentos, evitando riscos;

IV. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

V. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;

VI. Analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e/ou enteral;

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

VIII. Elaborar regimento interno da Comissão;

IX. Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

COMISSÃO DE QUALIDADE E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Comissão de Qualidade e segurança do paciente terá por finalidade assessorar a diretoria estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital. É responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas pelos profissionais no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

Essa discussão conta com a participação de convidados, como equipe assistencial, gestores das áreas, equipes médicas e demais envolvidos. As análises têm caráter educativo, afastando a ideia de punição, mantendo o foco nos processos e não em pessoas.

Os membros são indicados pela Diretoria ou Gerência de cada área, sendo que um representante da área deve ser nomeado suplente para casos de ausência justificada.

O Hospital de Bertioga instituiu sua Política de Segurança do Paciente com o objetivo de promover a assistência segura, a partir de estratégias para a redução ao mínimo dos riscos e danos desnecessários associados ao cuidado em saúde, da identificação de situações de risco, bem como da descrição de ações de prevenção e mitigação de incidentes envolvendo o paciente, desde a sua admissão até a saída, nas diversas unidades e serviços do hospital.

O principal propósito dessa política é fomentar no hospital a cultura de segurança, através de mecanismos de comunicação de caráter informativo, como campanhas, treinamentos, workshops, reuniões, rodas de conversas, fôlderes e cartilhas, além de oferecer um ponto de referência a partir do qual processos assistenciais possam ser adquiridos, configurados e auditados tendo em vista a sua adequação a requisitos propostos. Dessa forma, previne-se e reduz-se a ocorrência de eventos adversos resultantes do processo de cuidado de saúde envolvendo o paciente (como infecções e cirurgias em pacientes errados), promove-se a melhoria da comunicação entre as equipes e a identificação correta dos pacientes.

A Política de Segurança do Paciente implementada no HB contempla o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o gerenciamento de riscos e o fortalecimento dos dez passos para a segurança do paciente. Abrangem a identificação do paciente, classificação de risco, registro seguro, medicamento de alto risco, exame consciente, transporte de paciente, cirurgia segura, prevenção de infecção hospitalar, identificação dos riscos e comunicação efetiva.

O Núcleo de Segurança do Paciente é responsável por fazer o diagnóstico objetivo do desempenho de cada processo e apontar as oportunidades de melhorias e as não conformidades, delineando as estratégias, planos e metas para a prestação de uma assistência segura. O NSP conduz o processo de melhoria contínua do cuidado e do uso de tecnologias da saúde, através da promoção e apoio na implementação de ações direcionadas à segurança do paciente, a partir da disseminação da cultura de

segurança, articulação e integração dos processos de gerenciamento dos riscos e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

O NSP fará interface com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Política de Gestão da Qualidade, Gestão do Acesso, Educação Permanente, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE). A sua atuação permeia os processos estratégicos e processos de apoio à assistência. Ele age no sentido de garantir a qualidade da assistência por meio do cumprimento de padrões previamente estabelecidos e, assim, possibilitar a certificação da qualidade dos serviços de saúde da unidade hospitalar. Para isso, atua conforme protocolos e políticas institucionais, participa de comissões obrigatórias, realiza treinamentos e auditorias, dentre outros procedimentos.

Através do mapeamento dos indicadores de cada processo e da implantação de uma cultura interna de segurança, o NSP busca aprimorar as práticas de gestão da prestação dos cuidados e de gestão da informação. Ele aposta em uma abordagem com forte conteúdo educativo, capaz de iniciar um processo de reflexão sobre a prática profissional voltada a padrões de excelência de desempenho, e que ajuda a equipe a perceber e atuar sobre os problemas, promovendo as correções necessárias dos processos institucionais de natureza administrativa e assistencial, esta diretamente ligada ao cuidado com o usuário.

Atribuições:

Estabelecer diretrizes de trabalho a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente de acordo com a realidade da instituição;

Promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias envolvendo as áreas de maior perigo;

Fazer cumprir a resolução da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

Elaborar regimento interno da Comissão

Apresentar nas reuniões mensais os resultados das auditorias internas e externas realizadas, comunicados referentes à melhoria de processos e a apresentação dos eventos adversos ocorridos no mês. Os eventos adversos considerados graves e sentinelas são analisados pelo gerenciamento de risco em conjunto com as áreas envolvidas e discutidos na Comissão de Qualidade e segurança do paciente

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde hospital e PA

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente

pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20)

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde terá suas atividades baseadas nos seguintes eixos norteadores:

Educação em Serviço.

O INTS realizará atividades de educação permanente com a finalidade de desenvolver o potencial humano, estimulando a qualificação técnico-assistencial e visando melhorias na qualidade dos serviços prestados. Direcionada a todos os colaboradores, a Educação Permanente busca atualizar as equipes técnica e de apoio quanto à assistência ao paciente, objetivando desenvolver suas habilidades em relação aos procedimentos operacionais padrões, linhas do cuidado, protocolos, diretrizes institucionais e aspectos éticos inerentes a cada profissão.

O programa de capacitação será elaborado com base na avaliação dos resultados obtidos dos indicadores assistenciais, da supervisão direta do colaborador, das auditorias de prontuário e processos, na análise das não conformidades e na identificação das necessidades que impactam a segurança da assistência direta ao paciente. Conforme previsto no edital os Programas de Educação Permanente em saúde poderão ser realizados pelas unidades, em parceria com os gestores, instituições de ensino e outras organizações com esta finalidade, a partir das necessidades de formação de cada categoria profissional

Os treinamentos a serem desenvolvidos nas unidades consistem num processo de orientação de conhecimentos (teóricos e/ou prático) no próprio ambiente de trabalho e/ou num processo de atualização e discussão de conhecimentos teóricos frente ao processo de trabalho. Para possibilitar o controle dos índices de capacitação institucional, a confirmação da participação do colaborador é feita com a aplicação de listas de frequência. Capacitados, os colaboradores melhoram a qualidade da atenção e a eficiência do trabalho, realizam práticas mais seguras, aperfeiçoam os processos de controle e auditoria, e atuam com base em processos padronizados, otimizando recursos e racionalizando custos.

As temáticas dos cursos de educação permanente serão definidas e atualizadas periodicamente de acordo com os apontamentos realizados pelas Comissões e através das demandas identificadas pelos profissionais e gestores.

Educação em Saúde para pacientes e acompanhantes,

Desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.

Integração ensino-serviço

O hospital de Bertioga poderá a vir servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde das Instituições de Ensino Superior e Ensino Médio, que estejam formalmente conveniados

com a secretaria de saude. Qualquer atividade de Ensino, Pesquisa e ou Extensão será regulada e respeitar os critérios estabelecidos pela secretaria de saúde, conforme o caso, e pela Direção da Unidade. Os profissionais da assistência não poderão realizar preceptoria de estágio/residência, de forma concomitante ao horário de trabalho.

O NEP é um núcleo permanente, intersetorial e multidisciplinar e trabalhará integrado comn todas áreas do hospital e PA.

O NEP tem como objetivos básicos: Contribuir para a melhoria da assistência e dos processos de trabalho, por meio de etapas que possam problematizar a realidade, transformar as práticas profissionais, melhorar permanentemente a qualidade da assistência/cuidado à saúde, melhorar o desempenho dos recursos humanos na saúde, nos níveis superior e médio, melhorar as relações nas e entre equipes e contribuir no planejamento de ações de educação permanente, elaboração de diagnósticos de necessidades de qualificação de gestores, trabalhadores e conselheiros, além de elaboração e formatação de ações de formação e atualização profissional.

NORMAS E ROTINAS PARA A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS

O INTS entende que para algumas demandas da unidade será necessário firmar contratos de fornecimento, serviço, comodato, aluguel, leasing ou outra modalidade para utilizar com seus prestadores. Alguns serviços como Locação de Computadores, Monitoramento por câmeras de segurança já que o INTS instalará quantidade de câmeras de monitoramento suficientes ao acompanhamento pela Secretaria Municipal de Saúde do fluxo de atendimento de pacientes (recepção, corredor, sala de espera, câmera externa) em todas as unidades sob sua gestão, esse monitoramento por câmeras de segurança será em todas as entradas de acesso ao Hospital Municipal e Pronto Atendimento e seus respectivos setores; O INTS disponibilizará link compartilhado com a Secretaria Municipal de Saúde para visualização das imagens, no prazo de 90 dias, prorrogáveis por igual período , Locação de veículo e equipamentos e Outsourcing de impressão

Os serviços de Dedetização, desratização, desinsetização, limpeza de caixa d'agua e caixa de gordura, será realizado por meio de contratação de empresa legalmente para esse fim e em conformidade com a legislação sanitária.

Para melhor controle de qualidade e desempenho das atividades terceirizadas, o INTS adotará como padrão a cotação de no mínimo 03 (três) cotações, que deverão atender a toda a especificação do Termo de Referência, onde será analisado custo, qualidade, prazo e parâmetros de desempenho.

Para aquisições que necessitem de elaboração de contrato, os seguintes documentos serão necessários:

I. 03(três) Cotações;

II. Cartão CNPJ do fornecedor a ser contratado, certidões (municipal, INSS, FGTS e Trabalhista);

III Requerimento Empresarial, Estatuto ou outro Ato Constitutivo em vigor do fornecedor a ser contratado.

PROCEDIMENTO

Área demandante - Emitir a Requisição de Compras – RC, com definição clara do bem e/ou serviço requisitado, especificando as quantidades.

Preencher devidamente todos os campos obrigatórios da RC;

Coletar assinatura de aprovação, conforme tabela de alçadas da UPA;

Encaminhar para o setor de compras para realização das cotações;

Analisar as cotações e havendo aprovação, encaminhar para setor de compras para realizar o pedido ao fornecedor e formatar o contrato;

Receber e aprovar a nota fiscal, boletos e/ou demais cobranças, conforme tabela de alçadas;

Encaminhar a nota fiscal e demais cobranças para o Setor Financeiro com as devidas assinaturas e aprovações.

Regulamento de Compras e Contratações de Serviços

CAPÍTULO I

FINALIDADES

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para compras e contratações de obras e serviços terceirizados e especializados para o – INTS.

Parágrafo 1º - O presente regulamento aplica-se especialmente para as compras em geral e para a contratação de obras e serviços terceirizados e especializados que forem realizados com recursos públicos.

Parágrafo 2º - As compras são de responsabilidade direta do Diretor Administrativo/Financeiro, apoiados por auxiliares designados para a função.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa para a Organização Social.

Art. 4º - Todo o processo de compras, contratações de obras e serviços, aquisição de bens e locações de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gerenciamento.

CAPÍTULO II - DAS COMPRAS

Título 1 – Definição

Art. 5º - Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir o INTS, com os bens e materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

Título II – Do procedimento de compras

Art. 6º - O procedimento de compras compreende o cumprimento de etapas a seguir especificadas:

I – solicitação de compras;

II – qualificação de fornecedores;

III – coleta de preço;

IV – apuração da melhor oferta;

V – emissão da ordem de compra.

Art. 7º - A qualificação do fornecedor/candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente ao departamento de compras do INTS, atualizados e dentro do prazo de validade.

I – CNPJ;

II – Inscrição Estadual;

III – Contrato Social com alterações ou Estatuto;

IV – Autorização de Funcionamento Municipal

V – CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal.

Parágrafo único: Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

I – cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União, obrigatório para fabricante e distribuidor;

II – Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

III – Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

IV – Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o produto de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;

V – Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;

VI – Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS - obrigatório para fabricante e distribuidor.

Art. 8º - A coleta de preço será realizada por email ou faz, com a participação de, no mínimo, três fornecedores previamente qualificados pelo INTS.

Parágrafo 1º - O sistema de coleta de preço, que trata o caput deste artigo, e a qualificação de fornecedores, que trata o artigo 7º, serão dispensadas nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial para aquisição ou contratação de

obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R$8.000,00 (oito mil reais).

Parágrafo 2º - Considera-se de urgência a aquisição de material/medicamento ou inexistente no estoque ou cuja quantidade não atende ao estoque de segurança fixado para o item, com imediata necessidade de utilização.

Art. 9º- A melhor oferta será apurada considerando menor preço ou melhor técnica e preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Art. 10º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

CAPÍTULO III – DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Título I – Definição

Art. 11º - Para fins do presente Regulamento, considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Organização Social, realizada por terceiros: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Título II – Da Contratação

Art. 12º - Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 6º a 10º do presente Regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados que ficam dispensados das exigências estabelecidas nos artigos 7º e 8º do presente Regulamento.

Art. 13º - Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado.

Art. 14º - A venda ou fornecimento de bens e serviços para a Organização Social implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pela Organização Social, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Parágrafo único – Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou nota fiscal/fatura de prestação de serviços.

Art. 15º - A critério da Organização Social poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 16º - À Organização Social caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo único–A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua extinção, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as prevista em lei.

Título III – Dos Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Art. 17º - Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I – estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

II –pareceres, perícias e avaliações em geral;

III – assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;

IV - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V – patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VI – treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII – prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

VIII – informática, inclusive quando envolver aquisição de programas.

Art. 18º - A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 20º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

SAMU

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

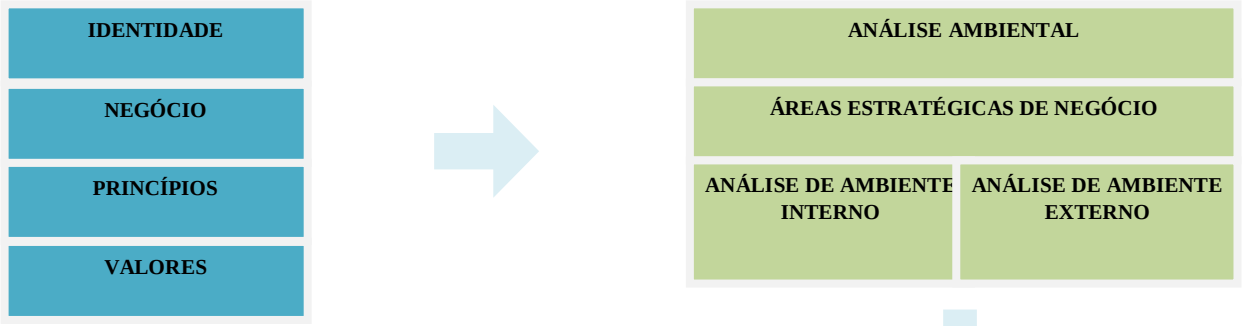
MODELO DE GESTÃO

O INTS tem como base sua identidade organizacional, na qual estão definidos o Negócio, a Missão, os Princípios e os Valores da instituição. Estabelecidos esses pontos, será realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU uma Análise Ambiental no intuito de estudar os ambientes externos do Serviço onde serão reconhecidas às oportunidades, ameaças, e sobre o ambiente interno, para identificar os pontos fracos e fortes da instituição.

Com a consciência das oportunidades, ameaças, e dos pontos fortes e fracos, é possível estabelecer direção que devemos seguir e quais os recursos necessários para aproveitar as oportunidades, vontade política e reduzir riscos. Assim, delimitaremos as estratégias e Plano de Ação para o alcance das metas estabelecidas no Plano de Trabalho.

As ferramentas de monitoramento são o orçamento anual da Unidade Gestora - UG, utilização do conceito do Balanced Scorecard, envolvimento da equipe Técnica, Conselhos, monitoramento de indicadores e reuniões mensais de Avaliação de resultados.

FERRAMENTAS DE GESTÃO



INTRODUÇÃO

A incessante busca pela efetividade nas ações do setor público, principalmente na saúde, destacando-se a avaliação das Políticas Públicas e economia bem como a criação de mecanismos regulatórios, expressa a preocupação com a utilização racional dos recursos públicos, buscando garantir equidade e justiça; coesão social; eficiência econômica; segurança, informação e educação dos cidadãos.

As diversas Normas Ministeriais estabelece a Regulação voltada para a disponibilização mais adequada a necessidade do cidadão de forma equânime, ordenada, e qualificada com o objetivo de garantir a equidade preconizada pelo SUS - Sistema Único de Saúde, devendo ser organizado em rede informatizada, regionalizada, hierarquizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial sendo um sistema logístico de apoio às Redes de Atenção á Saúde com o cuidado orientado e ordenado pela Atenção Primária á Saúde.

A mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população geral tem apontado para um aumento expressivo dos agravos e doenças cuja demanda de atenção imediata os coloca como situações de urgência e emergência. A necessidade crescente de manter uma estrutura tecnológica e humana permanentemente a postos para estas situações tem se apresentado como um desafio tanto para o setor público quanto para o privado. A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência e insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população no Brasil. [(1)]. Esse panorama tem justificado iniciativas e investimentos do Ministério da Saúde (MS), em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios visando estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências. Nesse sentido foram implementadas: a Portaria GM/MS 2048, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; a Portaria nº 1.863 GM/MS de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e determina em seu Artigo 3º a organização de redes loco regionais de atenção integral ás urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar; a Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e os serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional, suas Centrais de Regulação Médicas de Urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192 (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência [(1-3)]

AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas Primários, Secundários e Terciários, que devem ser distribuídos espacialmente de forma lógica respeitando a responsabilidade sanitária e econômica dentro de seu território de adstrição (Mendes, 2011).

O planejamento de saúde procura articular o serviço existente em uma rede de atenção à saúde. Para tanto, todos os serviços são estruturados com base nos fundamentos das redes de atenção à saúde

como economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, territórios sanitários, e níveis de atenção e porta de entrada na Atenção Primária que é a ordenadora e coordenadora de todo o sistema. (Mendes, 2010).

A REDE DE ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É crescente a insatisfação da população com um sistema de saúde que não consegue responder às demandas. Estudos recentes mostra que a pressão dos usuários sobre as portas de urgência é invariavelmente a principal causa de insatisfação no sistema de saúde. Este é o reflexo da fragmentação dos serviços de saúde, hoje caracterizados por atenção primária pouco resolutiva para as condições crônicas e, menos ainda, para as urgências. Os serviços de urgência hospitalares e os ambulatórios são pouco preparados para as urgências clínicas e para o trauma. Associa-se uma ausência de sistemas logísticos que garantam a regulação da assistência e o transporte adequado dos usuários nas várias situações.

A análise da carga de doença que aflige a população mostra tripla carga que inclui doenças infecciosas e parasitárias, condições crônicas e causas externas. A agudização das condições crônicas, principalmente as cardiovasculares, e as causas externas, especialmente acidentes de trânsito e homicídios são responsáveis pelas altas taxas de mortalidade no adulto. Quando se analisa o indicador *YLL (Years of Life Lost)* - Anos de Vida Perdidos 46% das mortes entre os adultos são devidas a estes dois grupos. O enfrentamento desta situação se torna possível através da implantação de protocolos clínicos que orientem a organização das redes de atenção. O sistema de urgência se relaciona com tresvariáveis: Gravidade (risco); Recurso necessário e Tempo de resposta. O modelo de atenção nas condições agudas deve ser uma linguagem que comunique os pontos de atenção e a logística num fluxo que contemple as 3 variáveis acima.

Um sistema de urgência trabalha com diagnósticos sindrômicos ou estratificação de Riscos. Fonte**:** Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

Classificação de risco

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1.451/95 define:

URGÊNCIA - “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”;

EMERGÊNCIA - “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades - 1, 2, 3, 4 e 5 associadas ao sistema de cor – vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

	CLASSIFICAÇÃO	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: MENDES, 2010.

A matriz de pontos de atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	*Call Center* Número único	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; adotar atitudes de prevenção; acionar o 192.	Município
	Unidade Básica de Saúde/PSF	1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo. Atendimento para verde e azul	Município
	HPP - Hospitais de Pequeno Porte	1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo. Atendimento para vermelho, laranja e amarelo de acordo com os protocolos. Atendimento para amarelo e verde Atendimento para azul, fora do horário de funcionamento da UBS.	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar –	1º atendimento para vermelho e laranja; Atendimento para amarelo e verde;	Município acima de

	Pronto Atendimento		200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento para vermelho e laranja; Atendimento para vermelho e laranja de acordo com os protocolos; Atendimento para amarelo e verde;	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho e laranja; Atendimento para vermelho e laranja de acordo com os protocolos; Atendimento para amarelo e verde; Atendimento referenciado segundo protocolo;	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo;	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja	Macrorregião
	Pronto Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo.	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo.	Macrorregião

Fonte: MENDES, 2010.

ÁREA DE ATIVIDADE

As atividades desenvolvidas no SAMU serão organizadas de forma a garantir aos usuários, todos os princípios estabelecidos pelo SUS de forma a atender a integralidade, universalidade, equidade e eficiência, administrar e gerenciar a assistência pré-hospitalar ofertada aos usuários por meio desse programa que é de âmbito Federal com responsabilidade Tripartite (União, Estados e Municípios), e através do número de acesso nacional 192, criado pelo Decreto Presidencial 5.055/2004.

Objetivos:

Permitir a transparência no processo de distribuição dos recursos e na regulação do fluxo dos pacientes, com priorização clinica de cada caso e equidade;

Ser um instrumento de transparência, credibilidade e fortalecimento à gestão compartilhada do Estado com seus Municípios;

Adotar estratégia de desenvolvimento, implantação e operacionalização participativa, gradual e flexível;

Ter uma concepção adaptável às peculiaridades regionais.

Acolher e prestar um primeiro nível de atenção, aos indivíduos com quadros agudos, de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, pediátrica, traumáticas e de saúde mental, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sofrimento, sequelas ou morte devendo existir um forte potencial ordenador da assistência, como forma de responder demandas de urgência ocorridas no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas ou aonde o indivíduo vier a precisar do SUS, com recursos necessários e adequados para a complexidade da condição do paciente [(1)].

Manter um elevado padrão de qualidade dos serviços prestados focando a satisfação do usuário (respeitando o tempo, atendimento humanizado, e resolutivo), adequando-a sempre a necessidade dos cidadãos, facilitando o acesso aos serviços ofertados, integrando-se à rede pública de saúde.

Utilizar sistemas e processos de trabalho para orientar a permanente otimização dos recursos existentes, consolidando um modelo de gestão para a atenção das urgências e emergências inovador tornando-se um referencial de excelência na prestação de serviços em saúde ao usuário do SUS.

LINHAS BÁSICAS

Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento á população;

Melhorar continuamente o serviço ofertado ao usuário do SUS com assistência humanizada;

Implantar um novo modelo de gestão voltado para resultados;

Abranger a totalidade de solicitações de atendimento;

Cumprir com as Normas vigentes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Governo Municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, bem como as deliberações de pactuações realizadas nas instâncias do Colegiado Intergestor Regional; Colegiado Intergestor Bipartite;

Regular a referência entre municípios de acordo com a Programação Pactuada Integrada;

Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel SAMU 192;

Reorganizar as grandes de urgências, leitos de retaguarda e os pronto-socorros em hospitais de acordo com as Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Bertioga;

Estruturar os Núcleos de Educação em Urgência estabelecendo cronograma anual de capacitações em consonância com a SEMSA e demais parceiros envolvidas no atendimento às urgências (Instituições de saúde, Conselhos de Classes, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Órgãos ambientais, Forças Armadas, entre outros);

Humanização do atendimento.

O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do SUS observando as Políticas Públicas voltadas para a regionalização da saúde local, conforme pactuado e regulado pela Central de Regulação, preservando-se a missão, e os valores do INTS.

O SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às urgências e tem por objetivo reduzir o número de mortes, o tempo de internação nos hospitais, as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce e as filas nas emergências hospitalares (MS, 2003. p.03).

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO PROPOSTO

Da área de abrangência

O Município de Bertioga é constituído por 19 bairros e sua população está estimada em aproximadamente 61.736 habitantes (IBGE/DATASUS 2018).

Com 482 quilômetros quadrados de extensão territorial (20,3% do total da Baixada Santista), Bertioga é, geograficamente, a segunda maior cidade da região. Localiza-se na linha periférica da Baixada Santista, ao longo do Oceano Atlântico e do Canal de Bertioga, fazendo divisa com o município de Santos, Mogi das Cruzes, Biritiba Mirim, Salesópolis, Guarujá e São Sebastião.

Do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

O Atendimento pré-hospitalar móvel primário ocorre quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional. Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não forem tecnicamente possíveis), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da Polícia Militar (190), Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação

por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

Do Funcionamento

O SAMU disponibilizará atendimento de Urgência 24 (Vinte e quatro horas) ininterruptas 7 (sete) dias por semana com equipes de profissionais capacitados devendo contar com Médicos reguladores, Telefonistas auxiliares de regulação Médica, e Rádio-Operador, as USAs deverão contar com médico, enfermeiro, motorista socorrista, as USBs deverão contar com técnicos de enfermagem e motorista socorristas .

Os pilares de sustentação do SAMU 192 são formados por elementos estratégicos: Central de Regulação Médica das Urgências, Unidades Móveis de Atendimento, Núcleo de Educação Permanente, Acolhimento e Humanização.

As solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e atendidas por ordem de prioridade de acordo com as decisões do médico regulador.

O sistema deve ser capaz de acolher de forma humanizada qualquer usuário, prestando-lhe atendimento e redirecionando para os locais adequados à continuidade do tratamento através do trabalho integrado entre a Central de Regulação Médica das Urgências e outros serviços (Regulação de leitos hospitalares, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de internamentos e de consultas especializadas, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, dentre outros) a assistência ao usuário é garantida de forma integral.

Para o funcionamento do serviço, o SAMU 192 deve contar com rede de atendimento pactuada e hierarquizada de forma resolutiva com atribuições formais de responsabilidades, adensamento tecnológico e recursos humanos qualificados.

A Central de Regulação Médica do SAMU 192, operacionalizada por Médicos Reguladores, é um espaço no qual se garante uma escuta permanente de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma classificação inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação, bem como a utilização de dispositivos da rede como as **Bases Descentralizadas,** que são postos avançados para acomodação das ambulâncias e suas respectivas equipes.

O Serviço deverá atender a Central de Regulação de Santos, por se tratar de um Serviço Regional que compreende os seguintes municípios da Região de Saúde da Baixada Santista: Bertioga, Santos, Guarujá. O serviço possui 03 (três) bases móveis nas seguintes localidades: Centro, Riviera e Boracéia.

O INTS disponibilizará 02 (dois) profissionais médicos reguladores, cada um realizando plantão de 24 horas por semana, na Central de Regulação de Santos, ficando responsável por todos os encargos trabalhistas e sociais dos referidos profissionais

Todos os materiais de escritório, medicamentos, gases medicinais, equipamentos, acessórios e meios de comunicação obrigatórios, bem como os demais insumos inerentes a prestação dos serviços serão de responsabilidade do instituto.

O INTS será responsável pelo quadro de recursos humanos devidamente qualificados, com equipe completa para cada base descentralizada, de acordo com composição prevista pelo Ministério da Saúde, para atender 03 (três) bases móveis nas seguintes localidades: Centro, Riviera e Boracéia. Os uniformes, Equipamentos de Proteção Individual – EPI's e identificação dos profissionais deverão atender a padronização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Todos os procedimentos de cadastro, habilitação, recadastramento anual, serão obrigação do instituto.

A Secretaria de Saúde disponibilizará 02(duas) ambulâncias próprias tipo B padrão SAMU. A manutenção preventiva e corretiva dos veículos, multas, identificação visual e sonora do veículo, limpeza, combustível, pedágios, ficarão sob a responsabilidade do INTS . Caberá também providenciar mais 01(um) veículo para atendimento, nos mesmos padrões e características das oferecidas pela secretaria.

Em casos de quebra ou baixa dos veículos, que venham a interromper a realização dos serviços o INTS deverá disponibilizar a substituição dos mesmos, no período máximo de 06(seis) horas, visando a continuidade dos serviços prestados a população

As intercorrências com a equipe de Regulação de Santos deverão ser oficiadas à Secretaria de Saúde de Bertioga.

O INTS proverá capacitação de 100% de seus colaboradores respeitando a legislação vigente. Garantirá 100% do preenchimento dos protocolos de atendimento. Todos os registros de ocorrências deverão ser devidamente arquivados como preconizado na legislação.

A SMS ficará responsável pela disponibilização das dependências físicas para a alocação do serviço administrativo e equipes.

Da abordagem ao usuário do SAMU 192

O contato telefônico com o SAMU 192 é a porta de entrada no sistema de urgência dos municípios que compõem o Estado para todos os usuários que solicitam ajuda relacionada aos agravos à saúde. Assim sendo, neste momento deverão ser transmitido ao solicitante segurança, confiança e, acima de tudo, acolhimento.

Quando a ligação dá entrada no sistema SAMU 192, o **TARM (**Telefonista Auxiliar de Regulação Médica) é o primeiro profissional a contatar com o solicitante, logo, sua conduta ao recepcioná-lo deverá garantir a continuação da comunicação, para que posteriormente o médico regulador possa extrair todas as informações que julgar necessárias para aquele pedido de socorro.

O TARM deverá seguir fielmente algumas orientações para o recebimento dos chamados telefônicos e lembrar que, usualmente, as primeiras informações e/ou palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo. O acolhimento inicial realizado pelo TARM, além de garantir a continuidade no processo de comunicação, tem por objetivo identificar sinais de alerta que surjam de imediato em decorrência da natureza do agravo, bem como a descrição do caso/cenário por parte do solicitante.

Uma vez percebidos tais sinais, a solicitação deve ser priorizada e transferida imediatamente ao médico regulador, mesmo que haja outras solicitações em espera. Situações como: vítimas inconscientes, com dificuldade respiratória ou sem respirar são caracterizadas como situações de extrema urgência. Logo, serão repassadas imediatamente ao médico regulador, após a coleta de informações mínimas de identificação.

Todas as solicitações devem obrigatoriamente passar pelo médico regulador. Entretanto, o TARM poderá encerrar os casos apenas quando estes se resumirem a simples pedidos de informações, como: endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população e outros chamados não relacionados a urgências médicas.

Após o registro do chamado e identificação do caso, realizados pelo TARM, o médico deve proceder à regulação médica da solicitação. A caracterização do caso, assim como a resposta adequada à solicitação, dependerá da habilidade do médico regulador em conduzir o interrogatório e julgar as informações obtidas do solicitante.

Para a condução deste interrogatório e a tomada de decisão, o médico regulador deverá dispor de técnicas específicas que serão detalhadas a seguir, podendo também se basear em diretrizes técnicas e/ou protocolos de referência do serviço. Conceitualmente, podemos considerar duas diferentes modalidades técnicas de interrogatório, dependendo do tipo de atendimento a ser prestado pelo SAMU 192.

Do Atendimento primário

Consideramos como atendimento primário a solicitação de ajuda originada diretamente da população, onde ainda não houve nenhuma intervenção de equipe de saúde sobre o usuário acometido pelo agravo. O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer o diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível. Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido, para presumir a gravidade do caso.

A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone. Para abordagem dos casos a serem regulados, existe uma técnica de semiologia médica à distância, que procede com a avaliação inicial do caso a partir de uma sequência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas, denominada de Síndromes Operacionais da Regulação Médica.

Tal procedimento tem como objetivo chegar inicialmente a um diagnóstico sindrômico que, antes mesmo do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, já permite a determinação da gravidade do

caso e pode justificar o envio imediato de uma unidade móvel de atendimento, considerando a fórmula da detecção do grau de urgência.

Da Passagem de Plantão

Tem por objetivo garantir a continuidade da assistência prestada e de organizar o processo de trabalho, considerando que são estes os momentos em que ocorre a troca de informações entre os profissionais que iniciam e os que terminam o período de trabalho. Neste momento são abordadas principalmente as intercorrências, pendências e as situações referentes ao momento atual do serviço. Neste processo geralmente são adotadas as formas de comunicação verbais e escritas, privilegiando a comunicação verbal, uma vez que os profissionais registram apenas as informações de maior relevância (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Da comunicação

A Central de Regulação do SAMU permite que se estabeleça uma porta aberta de comunicação do público com o Sistema de Saúde, que deve ter o pedido de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor intervalo de tempo possível, no local mais adequado à resolução do problema de saúde. Os serviços de atendimento pré-hospitalar deverão ser estruturados, na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento as urgências, diminuir o tempo de internação hospitalar, as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce e consequentemente o número de óbitos, melhorar os prognósticos de reabilitação, amenizar as queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no tangente à demora do atendimento.

O atendimento no local é monitorado via rádio ou telefone pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

Da Padronização Visual

As ambulâncias, os uniformes e uma série de materiais das equipes seguirão a mesma padronização visual definida pelo Ministério da Saúde em todos os municípios e estados que tenham projetos qualificados, com espaços pré-definidos para as logomarcas do Governo Federal, Governo Estadual e/ou do Município. Fonte: Portaria 2048/GM.

Do Perfil assistencial

Atendimento Pré–hospitalar Móvel de Urgência agrupado em cinco categorias (causas externas clínico adulto, clínico pediátrico, psiquiátrico, gineco-obstétrico, e cirúrgico). Fonte**:** Ministério da Saúde

Principais causas de atendimento

Ocorrência de problemas cardiorrespiratórios;

Em casos de intoxicação exógena;

Em casos de queimaduras graves;

Na ocorrência de maus tratos;

Em trabalhos de parto onde haja risco de morte da mãe ou do feto;

Em casos de tentativa de suicídio;

Em crises hipertensivas;

Quando houver acidentes/ traumas com vitimas;

Em casos de afogamento;

Em casos de choque elétrico;

Em acidentes com produtos perigosos;

Na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte.

Da frota de veículos automotores

O serviço terá 03(três) ambulâncias tipo B padrão SAMU

As ambulâncias estarão distribuídas no município de Bertioga, em sedes denominadas bases descentralizadas, nas seguintes localidades: Centro, Riviera e Boracéia.

Em casos de quebra ou baixa dos veículos, que venham a interromper a realização dos serviços o instituto disponibilizará a substituição dos mesmos, no período máximo de 06(seis) horas, visando a continuidade dos serviços prestados a população

Prevemos seguro para a frota com intuito de qualificação do serviço e consequente aumento do repasse do ministério da saúde para o serviço.

Das Bases Descentralizadas

As sedes denominadas bases descentralizadas, nas seguintes localidades: Centro, Riviera e Boracéia, conforme consta em edital.

COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Atribuições e Competências dos Profissionais da Central SAMU de acordo com a Portaria N. 2048/GM.

Profissionais não oriundos da Saúde

Auxiliar administrativo/Rádio Operador da Frota (RO)

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação; exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel; manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

Informar ao médico regulador sobre a localização das ambulâncias, nos vários atendimentos;

Obter do Gerente de Frota informações sobre a disponibilidade das ambulâncias;

Zelar por um ambiente harmonioso e o mais silencioso possível na sala de regulação;

Não utilizar a sala de regulação para lanches e outras refeições;

Não utilizar a sala de regulação como dormitório;

Preencher todas as planilhas pertinentes à sua função;

Cumprir rigorosamente os horários de plantões pré-estabelecidos, realizando a passagem sistemática do plantão e missões em curso;

Utilizar adequadamente o software do SAMU 192 Sergipe-SRSAMU;

Utilizar sempre a Ética;

Ser acolhedor e praticar a humanização;

Informar, ao próximo plantonista, todas as pendências, informando principalmente a indisponibilidade de viaturas e equipes. Para evitar falhas na comunicação, anotar também essas pendências no livro de ocorrências.

Condutor de Veículos de Urgência

Veículos Terrestres: Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente Regulamento como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiorrespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

Profissionais oriundos da Saúde

Médico Regulador das Urgências

Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento.

Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

Manter contato, assim que assumir o plantão, com a Rede Hospitalar Hierarquizada, informando-se das condições de funcionamento do Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico, vagas de UTI, serviço de diagnóstico por imagem, e informá-los a cada encaminhamento de pacientes, mantendo contato com o médico plantonista do hospital ou outro Ponto de Atenção da Rede;

Permanecer na Central de Regulação (CReg) fazendo triagem das solicitações de socorro médico; obtendo informações sobre o evento junto aos informantes; decidindo sobre o despacho das ambulâncias de acordo com protocolos estabelecidos (decisão técnica).

Coordenar via rádio ou quaisquer outros meios de comunicação disponíveis na Central, todas as operações rotineiras de atendimento; supervisionar o desempenho das equipes de atendimento instaladas nas diversas Bases Operacionais, a distancia ou localmente; decidir a destinação a ser dada às vítimas atendidas para os hospitais de referência (decisão gestora).

Conhecer a rede de serviços da região;

Manter uma visão global e permanente, atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e porta de urgência;

Exercer o controle operacional da equipe assistencial;

Fazer controle da qualidade do serviço prestado pelo SAMU;

Avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação permanente do serviço;

Preencher os documentos inerentes à atividade de médico regulador;

Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até sua recepção por outro médico nos serviços de urgência;

Obedecer ao código de ética médica e garantir a educação e a civilidade no trato com solicitantes, subordinados e demais colegas de trabalho;

Obedecer aos protocolos do serviço;

Deslocar-se para a cena da ocorrência, sempre que a situação assim o exigir – conforme os Protocolos estabelecidos e após ciência e aquiescência da Coordenação/ Supervisão de Plantão –, participando diretamente do atendimento e supervisionando o desempenho das equipes;

Zelar pela sua segurança pessoal e pela segurança da equipe, usando e fazendo usar os equipamentos de proteção individual recomendados, dirigindo a operação de modo a evitar qualquer risco desnecessário e solicitando todo o apoio operacional que considerar necessário;

Comunicar ao Coordenador Médico do SAMU 192 Estadual verbalmente e por escrito, toda e qualquer situação excepcional verificada em seu turno de serviço no que diz respeito a problemas no atendimento Pré-Hospitalar e/ou Hospitalar; comunicar ao Enfermeiro de Plantão, verbalmente e por escrito, problemas relativos às equipes de Atendimento Pré-Hospitalar e aos materiais permanentes e de consumo; comunicar ao Chefe de Frota, verbalmente e por escrito, problemas relativos às viaturas utilizadas pelas equipes no Atendimento Pré-Hospitalar;

Participar das atividades de educação continuada e das reuniões do Corpo Clínico, bem como de outras atividades convocadas pela Coordenação do SAMU 192 Estadual de que sejam relacionadas ao Atendimento Pré-hospitalar. Não poupe orientações e ensinamentos às equipes. A educação é sempre a melhor maneira para corrigir falhas;

Evitar usar o rádio para repreender equipes em serviço. Isso mostra fragilidade e gera constrangimentos.

Enfermeiro

Profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos deste Regulamento, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à

sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

Técnico de Enfermagem

Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

Gestão de Pessoas

Caracterizada pela participação, capacitação, envolvimento, e desenvolvimento do bem mais precioso de uma organização que é capital humano, e a valorização. Essa valorização das pessoas e do seu profissionalismo constitui beneficio para o processo produtivo, gerando grande diferencial para instituição.

O nosso modelo de gestão de pessoas a ser aplicado gera influência diretamente nos resultados a serem obtidos, em relação à missão institucional e ao pleno atendimento das Necessidades do cliente.

Para obtermos estes resultados estaremos trabalhando na formação do profissional com foco no comportamento através de premissas:

Reconhecimento do potencial humano como o recurso estratégico mais importante para o desenvolvimento do sucesso institucional.

Envolvimento e comprometimento todos os funcionários e terceiros que atuam no processo de trabalho.

Para que essas premissas ocorram estaremos trabalhando com desenvolvimento das pessoas, trabalho em equipe e com gestão participativa respaldadas no seguinte principio:

Trabalho em Equipe

Aprimorar continuamente a qualidade e redução de custos dos processos;

Incentivar a criatividade, flexibilidade e eficiência.

Gestão Participativa;

Facilitar a interação;

Trabalhar com a autonomia das pessoas suas atividades e cooperação nas decisões com seus gestores;

Promover aprendizagem, conhecimento e participação nos negócios e resultados de acordo com o grau de autonomia e responsabilidade.

Desenvolvimento de Pessoas

Desenvolvimento responsável e ético de suas atividades;

Capacidade de atuação baseada nos princípios da gestão empreendedora;

Capacidade de realizações de tarefas que incorporem inovações tecnológicas;

Capacidade de trabalhar em Rede;

Ser flexível;

Conhecer a missão, negócio e objetivos da Política Pública de Saúde e da Instituição.

Gestor

Visão Sistemática;

Trabalho em equipe;

Bom relacionamento;

Planejamento;

Capacidade empreendedora;

Capacidade de adaptação e flexibilidade;

Criatividade e comunicação

Liderança;

Iniciativa e dinamismo.

Captação de Profissionais

▪ O INTS utiliza uma estratégia contínua de captação de profissionais, através de processos seletivos periódicos, com o objetivo de formação de cadastro de reserva realizados semestralmente ou sempre quando necessário sempre respeitando as características locais.

▪ O INTS dispõe de profissionais especializados em seu Núcleo de Recursos Humanos, que atuam como *headhunters*, a fim de manter sempre atualizado seu cadastro de reserva de profissionais afim de utilizá-lo sempre quando se fizer necessário.

Aferição de Carga Horária

▪ A aferição de carga horária se dará através de ponto eletrônico digital, que será implantado na base operacional do SAMU, e acompanhado através do sistema informatizado do INTS, que será implantado nos serviços propostos por este edital**.**

Dos Núcleos de Educação em Urgência

Os Projetos dos Núcleos de Educação Permanente em Urgências deverão contemplar os seguintes objetivos e compromissos:

Promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema;

Estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências;

Implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos Núcleos de Educação Permanente e envolver de forma interinstitucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Polos de Educação Permanente em Saúde;

Treinamento

De acordo com a proposta descrita no Núcleo de Educação de Urgência.

Da Gestão Administrativa

Profissional habilitado ou com capacitação compatível;

Organograma formalizado, atualizado e disponível;

Cobertura administrativa durante todo o período de funcionamento do serviço;

Reuniões de diretorias/gestores com periodicidade definido e registro em Atas;

Gerenciamento de contratos e avaliação desempenho dos serviços terceirizados;

Plano de contingência institucional (documento desenvolvido com o intuito de treinar, organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações de controle e combate as ocorrências anormais);

Sistema informatizado de gestão;

Gerenciamento de indicadores para alcance das metas pactuadas;

Da Equipe Técnica

Regimento interno formalizado e disponibilizado;

Escala formalizada, atualizada e disponível;

Protocolos médicos descritos e gerenciados;

Procedimentos descritos em sua totalidade;

Fluxo formalizado, compartilhado, disponível em local de fácil acesso;

Educação permanente da equipe;

Estatísticas básicas e de apoio á gestão;

Identificação completa dos profissionais em registros, processos...

Gerenciamento dos indicadores;

Responsável Técnico

Da Gestão da Qualidade

Registro no conselho atualizado;

Política de capacitação dos colaboradores (cursos, treinamento);

Descrição do cargo, atribuições e perfil;

Avaliação de desempenho;

Estatísticas básicas: turnover, absenteísmo;

Levantamento periódico de satisfação dos servidores e usuários;

Vestiários com armários para todos os servidores;

Local para descanso e horário de refeições;

Mapa de risco para cada área, disponível;

100% dos profissionais qualificados pelo ATLS, em um prazo de 12 (doze) meses;

100% dos profissionais qualificados pelo ACLS, em um prazo de 12 (doze) meses;

Mínimo de 40 horas/profissionais em educação permanente, por semestre;

Estrutura física

Controle para circulação em área restrita;

Sinalização externa para orientação do acesso;

Sinalização em toda área do prédio;

Condições de acesso para deficientes físicos;

Sinalização para saída de emergência com rota de fuga;

Antiderrapante nas escadas de acesso;

Quadros descentralizados de energia elétrica lacrados, com sinalização interna e externa.

Recepção

Sinalização para acesso;

Acolhimento humanizado;

Ambiente com boa ventilação, iluminação e confortabilidade;

Banheiros adequados para deficientes;

Aquisição de longarinas para o pátio;

Capacitação de profissionais.

Tecnologia da Informação

Motivação

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.864/GM , em setembro de 2003, iniciou a implantação do componente Móvel de Urgência com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU-192. O Serviço é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Com o SAMU o Governo Federal estará reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, socorristas e condutores que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

É o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. A política tem como foco cinco grandes ações:

1 - Organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas Unidades de Estratégias de Saúde da Família;
2 - Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192);
3 - Reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais;
4 - Criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e
5 - Estruturar o atendimento pós-hospitalar.

Nesta perspectiva é de fundamental importância a implantação de uma ferramenta de gestão, que otimize os fluxos dos processos, garantindo um nível confiabilidade que possibilite a partir da coleta e analise de dados, a produção de informações estratégicas que influenciem no processo de decisão, bem como na adoção de políticas públicas de saúde.

Com a implantação da ferramenta de gestão, pretende-se:

Dotar a gestão de uma visão estratégica de todos os processos como subsídio para tomada de decisão;

Acesso à série histórica do comportamento das ocorrências ao longo do tempo;

Racionalização, otimização e automação de processos, reduzindo custos, impactos ambientais, melhorando a qualidade dos serviços e informações;

Mudança de comportamento dos gestores, que deixam de ser reativos e tornam-se pró-ativos a partir do acesso a informações;

Integração com outros sistemas como estratégia de gestão dos processos;

Otimização do fluxo logístico das rotas durante o atendimento das ocorrências;

Antecipar e gerenciar mudanças;

Melhoria no atendimento a população com respostas e ações rápidas;

Coleta e manutenção de dados de forma rápida e objetiva através de dispositivos móveis (Tablet´s);

Georeferenciamento das informações com analises estratégicas de localização, condição, e tendência das unidades móveis e locais das ocorrências;

Melhoria no processo de supervisão a partir do uso de dispositivos móveis com GPS.

Objetivo

Prestação de serviço técnico especializado com levantamento de requisitos e desenvolvimento de ferramenta de gestão, que tenha como objetivo o aperfeiçoamento dos fluxos dos processos de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

Premissas Técnicas

O INTS se encarregará da concessão, instalação, configuração e manutenção da ferramenta de gestão, com recurso de tablet´s que subsidiarão o registro das ocorrências e coleta de dados durante o atendimento (após análise prévia e aprovação da SEMSA);

A ferramenta de gestão bem como seu banco de dados será hospedado em local a ser designado pelo Núcleo de Informática do SAMU, o qual será responsável pela segurança de acesso e por disponibilizar os serviços *web* integrado aos tablet´s, em conformidade com padrões estabelecidos por esta Secretaria;

O INTS será responsável pela configuração dos softwares básicos, aplicativos e do ambiente proposto para a ferramenta a ser desenvolvida, de acordo com os padrões e normas de seguranças estabelecidos pelo SAMU;

Os serviços serão realizados nas dependências da SAMU, visando garantir a interação com os técnicos e o seu ambiente operacional;

É de responsabilidade da SESA validar o projeto, aprovar documentos, emitir documentos de aceitação das etapas e dos serviços prestados pelo INTS;

Os treinamentos técnicos deverão ser realizados nas instalações da SAMU;

O INTS fornecerá textos, formulários, relatórios, marcas, imagens específicas, vídeos, fotos e quaisquer outras informações necessárias à concepção do projeto;

São de responsabilidade do INTS em especial do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a manutenção e a qualidade da informação fornecida para a devida prestação de serviços, bem como a avaliação da relevância e da integridade dos documentos a serem veiculados;

A SEMSA definirá em conjunto com o INTS o período de implantação, os níveis de responsabilidade para a atualização e integridade das informações entre os setores participantes;

Durante a execução dos trabalhos será de responsabilidade da SEMSA acompanhar e aprovar as fases cumpridas, através de correspondência ou e-mail;

Serão executados testes intensivos antes da entrega de cada módulo da ferramenta de gestão, antes de disponibilizar aos usuários.

Testes e homologações da ferramenta são de responsabilidade da equipe técnica designada para execução do projeto e seguirá a metodologia adotada pelo NGI do INTS.

A equipe de projetos deverá desenvolver as suas atividades de forma integrada com setores da SEMSA envolvidos no processo, coordenando as seguintes ações:

Estreitamento das relações com os mantenedores das informações nos diversos setores, para garantir a consistência e atualidade das informações, durante o processo de implantação;

Desenvolvimento de critérios de seleção e atribuição de responsabilidade por parte da Instituição, Setor ou Área de forma a contribuir para execução das tarefas essenciais dos envolvidos no projeto;

O INTS deverá seguir os padrões de documentação e desenvolvimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde e SEMSA de Bertioga;

Especificações Básicas da Ferramenta de Gestão

A ferramenta de gestão no nível estratégico permitirá aos gestores uma visão ampla de todos os processos com níveis estruturais de relatórios e informações, suficientes para tomada de decisão e implementação de políticas públicas de saúde. No nível tático será possível organizar o fluxo dos processos, alocar de forma eficiente e eficaz os recursos materiais e humanos. Já no operacional, permitirá um nível desejável de acessibilidade e usabilidade, contribuindo para uma melhor eficiência, diminuição da margem de erro e re-trabalho contribuindo para uma melhora significativa dos níveis de produção.

A ferramenta de gestão, deverá atender as seguintes demandas:

Cadastrar as bases físicas com referencia geográfica de espacialidade;

Cadastrar e Georreferenciar os equipamentos de saúde (Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento entre outras) do município afim direcionar as equipes em atendimento para a unidade mais adequada ao paciente, respeitando a especialidades necessária e quantidade de vagas leito.

Visualização antecipada do profissional de saúde a partir do momento em que a equipe confirma o direcionamento do paciente à unidade.

Permitir a classificação e priorização das urgências;

Qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;

Garantir a população o acesso ao serviço utilizando um número exclusivo e gratuito que viabilize a escuta médica para as urgências, através da Central de Regulação Médica;

Garantir a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;

Permitir integração e comunicação com parceiros em casos de ocorrências que necessite do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil ou das Forças Armadas quando se fizer necessário;

Dar subsídios para os processos de regulação e organização das transferências inter-hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito macro-regional e estadual;

Gravar e armazenar as informações decorrentes das ligações para o serviço 192;

Manter informações atualizadas dos recursos disponíveis para o atendimento às urgências;

Cadastrar os dispositivos móveis (tablet´s) de forma a integra-los com as unidades móveis e ocorrências;

Cadastrar as unidades móveis integradas com GPS para localização geográfica e tablet´s para dowload e upload das informações da Regulação Médica, Rádio Operador e Condutor;

Filtrar ligações do 192 de modo que identifique situações de trote e inviabilize os recursos do serviço;

A ferramenta deverá contemplar a base de dados dos Sistemas Ministeriais em caso de exportação de informações;

Deverá integrar informações de logradouros das ocorrências com o google maps, de forma a viabilizar a localização estratégica das ocorrências;

Deverá atender a plataforma web;

Disponibilizar relação de todos as ruas e avenidas de Bertiogas e seus respectivos bairros e logradouros para fins de localização geográfica;

Disponibilizar mapas temáticos a partir das necessidades dos usuários;

O sistema deverá permitir integração com uma central telefônica e um shoftfone que viabilize as entradas e saídas de ligações;

A ferramenta como um todo deve proporcionar transmissão e recepção em alta velocidade dos dados;

A tecnologia utilizada nos tablet´s deve esta em conformidade com a tecnologia administrada nas demais ferramentas e processos;

Guardar histórico de toda e qualquer alteração de dados realizada para os módulos da ferramenta;

Cadastrar usuários, classificando o perfil de acesso;

Gerenciar senhas;

Emitir periodicamente torpedos sms aos gestores em se tratando de situações especificas geradas pelo sistema;

Gerar gráficos para acompanhamento do comportamento e sazonalidade das ocorrências;

Consultar e editar relatórios disponíveis na ferramenta com uso de BI;

Consultar produtividade dos profissionais ligados à ferramenta; (Tarm, Médico, Rádio Operador, Rádio Condutor);

Subsidiar planejamento das políticas públicas de saúde;

Requisito da Segurança de Informações

O sistema implantado pelo INTS, preservará a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações, utilizando técnicas e procedimentos para impedir a destruição, perda, alteração, acesso não-autorizado, seja intencional ou não.

Configuração, Manutenção e Treinamento

O INTS deverá ministrar treinamento operacional para técnicos multiplicadores do Núcleo de Informática do SAMU, bem como da utilização dos tablet´s vinculados ao sistema, num prazo máximo de 30 dias após a entrega do produto (mediante prévia análise e aprovação daSMS de Bertioga).

Será de responsabilidade do INTS a produção e entrega de manual da ferramenta de gestão.

Suporte Técnico

O suporte técnico deverá ser realizado quando necessário, tendo como prazo máximo para a resolução do problema 24 horas do registro do chamado.

O INTS deverá disponibilizar acesso fácil para a abertura de chamados sendo exigido, no mínimo, abertura realizada pela internet com a emissão de protocolo de acompanhamento.

Modelo de Ferramenta de Gestão utilizado na Prefeitura Municipal de Salvador, Bahia, pelo INTS desde 2009

TARM - Telefonista Auxiliar da Regulação Médica (TELA DE ATENDIMENTO) **01**

Os serviços de Urgência e Emergência serão demandados a partir do contato telefônico entre o solicitante e TARM

TARM - Telefonista Auxiliar da Regulação Médica (TELA DE ATENDIMENTO) **02**

Ligação procedente aos serviços, TARM preenche dados do solicitante e encaminha para Regulação Médica

REGULAÇÃO MÉDICA PRIMÁRIA 03

Médico acessa as ocorrências encaminhadas pela TARM - Telefonista Auxiliar da Relação Médica

REGULAÇÃO MÉDICA PRIMÁRIA 04

Médico em contato telefônico com o solicitante, verifica dados coletados pela TARM e implementa com informações da ocorrência ligadas ao paciente, para subsidiar as condutas médica.

REGULAÇÃO MÉDICA TERCIÁRIA

05

Equipe em campo, recebe demanda de ocorrência da Regulação Médica Primária (Unidade Móvel foi disparada)

REGULAÇÃO MÉDICA SECUNDÁRIA 06

Equipe médica local viabiliza assistência ao paciente em contato direto com a equipe externa. As informações preenchidas no TABLET, alimentarão em tempo real, a tela da Regulação Médica Secundária facilitando a interação com a equipe.

RECURSO PATRIMONIAL, LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS

A SMS ficará responsável pela disponibilização das dependências físicas para a alocação do serviço administrativo e equipes.

As manutenções: preventiva e corretiva dos equipamentos e mobiliários cedidos, bem como a manutenção predial, serão de responsabilidade da contratada devendo conter:

Equipe habilitada;

Escala de plantão administrativo;

Controles diários de geradores;

Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, sistema de água com limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, analise e controle da potabilidade da água, energia elétrica, telefonia, rede lógica, sistema de ar condicionado;

Proteção contra descargas atmosféricas;

Sistema de combate a incêndio;

Dos Insumos

Compõem todos os itens não patrimoniais, que são necessários ao serviço, pertinentes ao funcionamento pleno, tanto administrativo quanto para a realização de todos os procedimentos ofertados pelo serviço e de EPI que serão adquiridos, armazenados e distribuídos de acordo com as normas da ANVISA.

Sob a responsabilidade de uma gerência de suprimentos, o processo de compras dar-se pela tomada de preços de no mínimo três fornecedores e pela compra do produto com o melhor material e menor preço para os itens não padrão. Conforme Manual de Compras em anexo.

Os materiais, medicamentos, manutenção de equipamentos e serviços serão padronizados em conformidade com as normatizações e legislações vigentes utilizando especificações e pesquisa minuciosa de valores de mercado, o que propiciará a participação de um maior número de fornecedores, previamente qualificados, visando á efetividade nos procedimentos e economicidade com a manutenção.

O sistema informatizado permitirá o gerenciamento do estoque de materiais pelo sistema da curva ABC, garantindo o controle de saldo atual, consumo médio mensal, último custo de aquisição, custo médio, tendência de consumo.

Os processos para conferência, recebimento, armazenagem e consumo estarão inseridos no sistema de gestão da informação garantindo a rotina para controle de estoque de materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, peça e acessórios, agrupados e cadastrados conforme característica e peculiaridades referentes ao consumo, armazenamento e classificação.

Da alimentação

O fornecimento da alimentação se dará por meio do fornecimento de ticket alimentação, demonstrado através da planilha de custeio

FATURAMENTO

O Serviço de faturamento funcionara nos horários de 08 as 17 horas de segunda a sexta feira e será realizado por profissional com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes a Tabela SIGTAP/SUS .

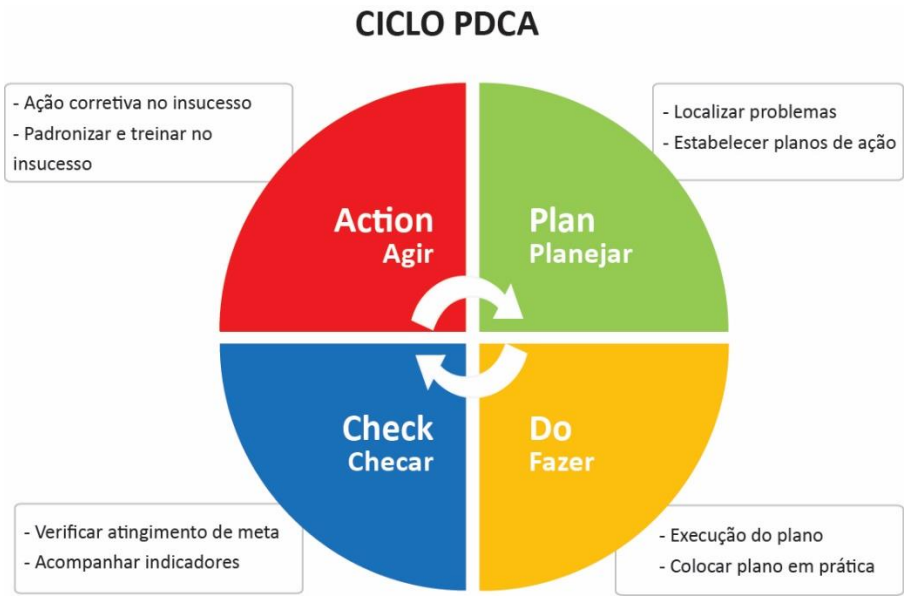
PROCESSOS DE QUALIDADE

A proposta de gestão para o SAMU está baseada na implantação de cultura organizacional voltada para a qualidade em todos os níveis de atuação.

Partindo da adequada estruturação física e dos recursos humanos á proposta técnica estabelecida, os processos de trabalho serão mapeados em todos os níveis (técnico, administrativo, assistencial) estabelecendo-se procedimentos operacionais de cada atividade de modo a instrumentalizar a gestão local permitindo um continuo treinamento, acompanhamento e avaliação das ações

Cultura de Excelência

Implantação de sistema de gestão da qualidade com definição da identidade organizacional do SAMU (negócio, missão, valores, competência essencial e Slogan), bem como o desenho de Planejamento Estratégico, através de metodologia especifica e reuniões com as partes interessadas, além da busca por reconhecimento de suas práticas de qualidade através de órgãos certificadores e a utilização do ciclo de PDCA (Plan, Do, Check, Action).



Fonte: Administradores Brasil, 2011.

Qualidade Objetiva

Constituição de Comissões Regulamentares

Serão constituídas as comissões abaixo relacionadas com o objetivo de acompanhar as atividades desenvolvidas no SAMU de acordo com a sua especificidade.

Cada comissão terá uma Ordem de Serviço de nomeação dos membros componentes, Regimento Interno e atas das reuniões realizadas de acordo com o referido Regimento Interno.

Todas as comissões do SAMU serão implantadas no primeiro ano de convênio. São elas:

Comissão de Ética

O Comitê tem caráter multi e transdisciplinar, incluindo a participação de profissionais da área da saúde da instituição e usuários da instituição.

Conteúdo:

Revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição;

Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão;

Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

Realizar reuniões ordinárias e extraordinárias e registrá-las em ata.

Comissão de ética de enfermagem

Tem como objetivo o fortalecimento do componente ético dos profissionais de Enfermagem, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Comissão de ética médica

Eleita pelo corpo clínico para investigar as condutas médicas O Comitê será dirigido pelo Presidente, pelo 1º Vice-Presidente, pelo 2º Vice-Presidente, pelo 1º Secretário e pelo 2º Secretário, eleitos pelos membros do Comitê, com mandato de três anos, por voto secreto em reunião plenária.

Qualquer membro do Comitê poderá se candidatar aos cargos da Diretoria. O Presidente, os Vice-Presidentes e os Secretários poderão ser reeleitos aos mesmos cargos uma vez consecutiva, ou mais de uma, com intervalos.

Componentes: o comitê é constituído por um colegiado com número não inferior a 04 (quatro) membros efetivos e 04 (quatro) suplentes.

O mandato dos integrantes da Comissão será de 02 (dois) anos, podendo haver reeleição para mais um mandato consecutivo de igual período. Os membros da Comissão não poderão ser remunerados no desempenho de suas tarefas, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados, nos horários de trabalho da Comissão, das outras atividades.

Objetivo: o Comitê de Ética, doravante designado tem por finalidade fazer cumprir os aspectos éticos das normas vigentes de pesquisa em seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, Resolução nº 251 de 5 de agosto de 1997 e Resolução nº 292 de 8 de julho de 1999, assim como quaisquer outras que venham a ser normatizadas.

Frequência das Reuniões: Mensais, podendo ser extraordinárias com solicitação de 72 horas de antecedência.

Controle das reuniões pela direção: A direção acompanhará as reuniões pelas atas assinando ciência ao final de cada ata.

Ata das reuniões: Elaborada durante cada reunião e com a assinatura de todos os membros ao final.

Comissão de farmácia

A criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma excelente estratégia, adotada estabelecendo-se como importante instrumento, para que o gestor possa tomar melhores decisões baseado em diretrizes estabelecidas.

Conteúdo: Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;

Elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos da instituição;

Estabelecer condutas terapêuticas;

Desenvolver programas de farmacovigilância;

Estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;

Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

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

Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Membros:

Coordenador da Assistência Farmacêutica;

01 (um) representante da área médica;

01 (um) representante da área de enfermagem.

Membros com mandato de dois anos, renovável por mais dois;

Rescisão de mandato por interesse do membro ou da instituição;

Perda automática do mandato por falta não justificada a três reuniões consecutivas;

Membros com comprovada isenção de interesses pessoais em empresas farmacêuticas e de equipamentos e tecnologias médicas;

Consultoria eventual em diferentes áreas para parecer específico e assessoramento dos membros da comissão;

Componentes: teremos 03 componentes efetivos e 03 suplentes.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados na instituição nos três níveis de atenção;

Objetivos:

Assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo;

Promover o uso racional de medicamentos e assegurar o acesso aos fármacos

Seguros, efetivos e com qualidade;

Possibilitar maior eficiência ao Ciclo de Assistência Farmacêutica ao reduzir o número de produtos farmacêuticos que serão adquiridos, armazenados e distribuídos;

Escolher, dentre o que existe disponível no mercado, o que atenderá com eficiência e segurança às necessidades de uma dada população tendo como base as doenças prevalentes, garantindo terapêuticas medicamentosas racionais, acesso às mesmas e proporcionando ganhos econômicos;

Padronizar condutas terapêuticas com base em evidências científicas;

Desenvolver mecanismos de gestão de risco que assegurem um aumento da segurança e eficiência do plano terapêutico;

Racionalizar os gastos com saúde, otimizando os recursos disponíveis ao restringir o uso de medicamentos ineficazes e desnecessários;

Propiciar condições para o desenvolvimento da farmacovigilância. Os benefícios da racionalização se expressam em sofrimentos evitados, na redução do tempo de ação da doença e no período de hospitalização, com repercussões econômicas para as instituições e a sociedade.

Frequência das Reuniões: Mensais, podendo ser extraordinárias com solicitação de 72 horas de antecedência.

Controle das reuniões pela direção: A direção acompanhará as reuniões pelas atas assinando ciência ao final de cada ata.

Ata das reuniões: Elaborada durante cada reunião e com a assinatura de todos os membros ao final.

Organização específica do serviço de “Farmácia”:

Ter Responsável Técnico habilitado;

Corpo funcional habilitado, dimensionado às necessidades do serviço.

Controle de medicamentos e correlatos quanto ao armazenamento, estoques satélites e distribuição para as unidades de internação.

Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o cliente interno e externo, conforme normas e regulamentos vigentes.

Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos de Farmácia.

Condições específicas de armazenamento, de acordo com as características físico-químicas dos medicamentos e correlatos.

Área de dispensação interna para análise das prescrições e guarda dos produtos.

Programa de manutenção preventiva de equipamentos.

Condições para lavagem e antissepsia das mãos.

Precauções padrão e rotinas de controle de infecção.

Farmácia

O serviço de Farmácia possui um sistema de armazenamento em condições adequadas e faz controle de estoque e um sistema de dispensação de medicamentos aos clientes/pacientes.

O serviço irá dispor de manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível (is); bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de sequelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.

Itens de Orientação:

Manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível (is).

Participação (formal e informal) na aquisição e distribuição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, germicidas e correlatos.

Programa de educação e treinamento continuado.

Grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional.

Sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e procedimentos, minimização de riscos e efeitos colaterais.

Procedimentos de orientação ao cliente/paciente.

Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos.

Ciclos de melhoria com impacto sistêmico.

Sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem análises e comparações.

Métodos de controle sobre fármacos controlados

Em toda a fase administrativa no controle de medicamentos torna-se imprescindível a implantação de um sistema de gerenciamento. Os medicamentos podem estar dispostos em maletas de emergências ou carrinhos de emergências, com dispositivo de segurança. O farmacêutico deve ter o controle de todos os locais onde se tem guarda de medicamento psicotrópico, assim como possuir registro de rastreabilidade dos lotes e das quantidades de medicamentos armazenados nos dispositivos de emergências. sistema bem estruturado, em que o processo de atendimento

A distribuição de medicamento, em qualquer que seja o sistema, se inicia com a prescrição médica. Está prescrição é uma ordem médica dada por escrito e que contém o nome e as quantidades de um ou de vários medicamentos para sua dispensação com instrução ao pessoal de enfermagem, para sua adequada administração, ou por algum motivo seja devolvido a farmácia para conclusão do processo. (MAIA NETO: 1990). O controle do uso de psicotrópicos será realizado de acordo com a Portaria N.

2344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, 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 serviço, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, de acordo com as normas estabelecidas a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade, 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".

Comissão de plano de garantia de resíduos de serviços de saúde - RDC nº 306/2004 e CONAMA nº 358/2005

Dentre as atribuições desta comissão estão às atribuições de diagnosticar, propor medidas corretivas, orientar, supervisionar e controlar todas as ações relativas direta ou indiretamente ao processo de acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento e destino final dos resíduos gerados.

Conteúdo:

Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;

Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;

Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

Fazer registro diário dos serviços prestados;

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

Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Membros: o Comitê será dirigido pelo Presidente, pelo 1º Vice-Presidente, pelo 2º Vice-Presidente, pelo 1º Secretário e pelo 2º Secretário, eleitos pelos membros do Comitê, com mandato de três anos, por voto secreto em reunião plenária.

Qualquer membro do Comitê poderá se candidatar aos cargos da Diretoria. O Presidente, os Vice-Presidentes e os Secretários poderão ser reeleitos aos mesmos cargos uma vez consecutiva ou mais de uma, com intervalos

Componentes: o comitê é constituído por um colegiado com número não inferior a 04 (quatro) membros efetivos e 04 (quatro) suplentes.

O mandato dos integrantes da Comissão será de 02 (dois) anos, podendo haver reeleição para mais um mandato consecutivo de igual período. Os membros da Comissão não poderão ser remunerados no desempenho de suas tarefas, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados, nos horários de trabalho da Comissão, das outras atividades.

Objetivos:

Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde;

Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios;

Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;

Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva;

Cumprir a legislação vigente.

Frequência das Reuniões: Mensais, podendo ser extraordinárias com solicitação de 72 horas de antecedência.

Controle das reuniões pela direção: A direção acompanhará as reuniões pelas atas assinando ciência ao final de cada ata.

Ata das reuniões: Elaborada durante cada reunião e com a assinatura de todos os membros ao final.

Comissão de revisão de documentação médica estatística

A Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística tem a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de Controle de execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo normas do CFM, analisando e propondo medidas que aprimorem suas atribuições desta comissão:

a perfeita identificação do paciente;

o registro das evoluções médicas;

o registro das evoluções de enfermagem;

os anexos relativos à solicitação de procedimentos;

privacidade dos registros;

guarda dos documentos junto ao arquivo próprio;

a legibilidade da letra de todos os profissionais que atenderam o paciente, com a respectiva identificação.

Membros

O Supervisor ;

01 (um) representante da área médica;

01 (um) representante da área de enfermagem.

O Supervisor será membro nato e os demais serão designados pelo Diretor Geral. O Presidente da Comissão será um dos membros, eleito por seus pares, para mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito para mais um mandato consecutivo de igual período. Os membros da Comissão não poderão ser remunerados no desempenho de suas tarefas, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados, nos horários de trabalho da Comissão, das outras atividades do hospital.

Frequência das Reuniões: Mensais, podendo ser extraordinárias com solicitação de 72 horas de antecedência.

Controle das reuniões pela direção: A direção acompanhará as reuniões pelas atas assinando ciência ao final de cada ata.

Ata das reuniões: Elaborada durante cada reunião e com a assinatura de todos os membros ao final.

CIPA- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Conteúdo:

Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;

Elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;

Controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;

Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

Participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

Requerer ao Hospital a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

O Presidente da Comissão será um dos membros representantes da administração designado pelo Diretor. O Vice-presidente será eleito dentre os representantes dos funcionários, para mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito para mais um mandato consecutivo de igual período.

Objetivo da Comissão: o objetivo básico da CIPA é fazer com que empregadores e empregados trabalhem conjuntamente na tarefa de prevenir acidentes e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA também tem por atribuição identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de risco, com a participação do maior número de trabalhadores e com a assessoria do SESMT.

Frequência das Reuniões: Mensais, podendo ser extraordinárias com solicitação de 72 horas de antecedência.

Controle das reuniões pela direção: A direção acompanhará as reuniões pelas atas assinando ciência ao final de cada ata.

Ata das reuniões: Elaborada durante cada reunião e com a assinatura de todos os membros ao final.

Comissão de arquivo e prontuário

A comissão de arquivo e prontuário é um serviço imprescindível à instituição, permitindo estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se entrosa com os demais serviços técnicos e administrativos da Instituição, colaborando com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada ao paciente.

É o responsável por organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda dos registros de atendimento, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário. É também responsável pela elaboração dos indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção/produtividade, visando à avaliação da demanda e do desempenho das unidades hospitalares.

Conteúdo:

Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Atendimento, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;

Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;

Fazer registro diário dos serviços prestados;

Estimular a prática profissional interdisciplinar da Instituição;

Colaborar na humanização do atendimento pré-hospitalar;

Manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da instituição objetivando a eficiência administrativa dos serviços pré-hospitalares;

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

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Membros: o Comitê será dirigido pelo Presidente, pelo 1º Vice-Presidente, pelo 2º Vice-Presidente, pelo 1º Secretário e pelo 2º Secretário, eleitos pelos membros do Comitê, com mandato de três anos, por voto secreto em reunião plenária.

Qualquer membro do Comitê poderá se candidatar aos cargos da Diretoria. O Presidente, os Vice-Presidentes e os Secretários poderão ser reeleitos aos mesmos cargos uma vez consecutiva, ou mais de uma, com intervalos.

Componentes: o comitê é constituído por um colegiado com número não inferior a 04 (quatro) membros efetivos e 04 (quatro) suplentes.

O mandato dos integrantes da Comissão será de 02 (dois) anos, podendo haver reeleição para mais um mandato consecutivo de igual período. Os membros da Comissão não poderão ser remunerados no desempenho de suas tarefas, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados, nos horários de trabalho da Comissão, das outras atividades.

Objetivo:

Manter atualizado os prontuários médicos, catalogando-os;

Receber, conferir e revisar os prontuários dos pacientes e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;

Controlar a movimentação dos prontuários para fins de registro, ensino e pesquisa;

Revisar diariamente os prontuários devolvidos e solicitar a complementação dos mesmos se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Prontuários;

Completar os prontuários e entregá-los ao Serviço de Estatística para fins de classificação dos diagnósticos;

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

Registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Supervisão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Frequência das Reuniões: Mensais, podendo ser extraordinárias com solicitação de 72 horas de antecedência.

Controle das reuniões pela direção: A direção acompanhará as reuniões pelas atas assinando ciência ao final de cada ata.

Ata das reuniões: Elaborada durante cada reunião e com a assinatura de todos os membros ao final.

A capacidade Técnica e operacional bem como a comprovação de experiências anteriores estará de acordo com os pré-requisitos da Portaria 2048/GM.

Após a Validação Técnica, o documento/normativa será encaminhado a qualidade para homologação e disponibilização para acesso de todos os colaboradores. Os setores que necessitarem de ter os documentos em meio físico para operacionalizar as suas atividades solicitarão cópia controlada ao

setor da qualidade. As copias controladas serão feitas exclusivamente em papel reciclado, com a inserção da marca d'água copia controlada;

Todos os documentos/registros serão controlados pelo setor da qualidade, por meio da lista mestra de documentos por setor.

Indicadores

Programa de Gestão da Qualidade

O INTS deverá estruturar seu planejamento, formular e desenvolver suas ações de forma estratégica, analisando o ambiente interno e externo de trabalho além de planejar e executar um sistema de medição coerente com as estratégias, para obter resultados focados e alinhados à missão, visão de futuro e valores da SEMSA. Estas estratégias deverão ser capazes de dotar o SAMU e a Central de Regulação de Urgência, de ferramentas e instrumentos que possibilitem a melhoria de desempenho de seus serviços, buscando a certificação da qualidade.

Outros indicadores

Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência;

Tempo médio decorrido no local da ocorrência;

Tempo médio de transporte até a unidade de referência;

Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);

Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);

Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de sequelas e seguimento no ambiente hospitalar;

Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas);

Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

Indicadores econômicos

Rentabilidade do Ativo;

Custo dos Capitais Alheios;

Produtividade dos Trabalhadores;

Eficiência na *Gestão de Custos.*

Indicadores Financeiros

Liquidez (vários graus);

Grau de Endividamento;

Solidez Financeira;

Grau de Cobertura dos Imobilizados.

Indicadores De Eficiência

Rotação de Stocks;

Prazo Médio de Recebimentos;

Prazo Médio de Pagamentos;

Cliente/Satisfação

Satisfação do cliente – produto;

Satisfação do cliente – serviços;

Satisfação da instituição – colaboração cliente;

Satisfação do instituto - disponibilização de pagamentos;

Satisfação da instituição - trabalho colaborativo

Processo produtivo/Segurança

Desvio de custo;

Desvio de prazo;

Impacto de defeitos na entrega;

Frequência de acidentes.

Recursos Humanos/Aprendizagem

Subcontratação;

Pessoal permanente;

Formação;

Satisfação dos colaboradores;

Acompanhamento de absenteísmo e *turnover*.

Inovação/ Tecnologia

Gestão de Resíduos Sólidos;

Consumo de água;

Investimento em tecnologia.

Todos os indicadores estarão disponíveis e afixados em locais visíveis sendo estes avaliados mensalmente pela equipe de monitoramento avaliando as não conformidades, correção ou ação imediata e ação de prevenção para aplicação das ações corretivas. Importante ressaltar que cada processo possui a ferramenta Mapa de Processo e cadeia cliente fornecedor, que determina os padrões e requisitos e os meios de comunicação para a entrega e recebimento dos produtos. Estes requisitos serão acordados entre fornecedor e clientes a partir das necessidades e expectativas identificadas. E então serão definidos os requisitos de cada processo.

O controle da conformidade com seus requisitos será feito durante o recebimento do produto, nas auditorias e nas manifestações de clientes internos e externos. Toda não conformidade, quando identificada, sofrerá correção e será relatada ao processo, que registrará a ocorrência e a submeterá a uma avaliação para avaliar sua causa e raiz, de maneira que possam ser implementadas ações corretivas e evitada a sua recorrência.

O setor da qualidade realizara auditoria dos processos internos, que serão verificados anualmente com base em requisitos de normas certificáveis e legislações aplicáveis, além de auditorias especificas de ferramentas da qualidade.

A existência de problemas operacionais será tratada como oportunidades para a dos processos internos. Na grande maioria, os planos de ação, com vistas à correção de algum problema, resultarão na descrição e aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Quando uma ação Não conformidade não puder aguardar a resposta ao relato, o gestos do processo realizarão as correções de imediato e em seguida fará a identificação das causas raiz e elaborará ações corretivas, garantindo que não haja prejuízo no resultado dos processos ou na assistência prestada.

Outra forma de controle será por meios de resultados dos indicadores. O gestor de cada processo identificará indicadores com tendências desfavoráveis e ira se reunir com os funcionários para analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os processos principais e de apoio serão avaliado nas reuniões de Avaliação Gerencial Mensal nas quais serão apresentados os resultado de todos os processos e oportunidades de melhorias, para aprovação.

Outra forma de avaliar será nas reuniões semestrais de análise crítica dos processos com a alta direção e com todos os setores da instituição. Nesta reunião serão apresentados todos os indicadores operacionais , analisados os resultados, metas, exclusão e/ou inclusão de indicadores. Cada setor será responsável por trazer um referencial comparativo externo como forma de justificativa, e na analise, estipular se- à em conjunto com a nova meta a ser seguida no próximo semestre.

Ressalta se que nem todos os indicadores possuem facilidade na obtenção do referencial comparativo, contudo , será cultura identificar em normas regulamentos pertinentes. Quando não encontrados, o levantamento histórico na base de dados e caso não se encontre informações, a meta será estipulada

de acordo com a experiência do setor. Principalmente nesse caso, observando a ausência de desafio durante a analise mensal dos indicadores, a meta será restabelecida .

Os processos clínicos serão avaliados nas reuniões mensais do corpo clinico da instituição, justamente com a coordenação técnica, que discutirão casos específicos atendidos no SAMU e quando ocorrem Não conformidades, serão discutidas as ações corretivas mais adequadas.

Os riscos serão definidos a partir das principais categorias que abrangemos possíveis eventos de acordo com as atividades que serão realizadas no SAMU**.**

A identificação dos riscos será estruturada a Matriz de Gestão de Riscos. Após a identificação dos riscos, serão definidas ações para o tratamento de riscos, que abrangem:

Forma de correção frente a falha/erro: ações realizadas frente a Falha ocorrida , com o objetivo de minimizar o impacto.

Contingencia frente a falha/erro: usualmente é obrigatório haver planos de contingencia para toda a situação que exponha o paciente ou a organização a alto grau de risco.

Plano de ação relacionado (ação corretiva se estiver em andamento): sempre que houver algum outro plano de ação definido para a falha /erro de identificado utilizando como base para a estruturação da ação corretiva os tipos de risco primário e secundário identificados na matriz de gerenciamento de rico.

Apresentação de "Protocolos Clínicos de Atendimento" Regulamento e Manual de Normas e Rotinas;

Os protocolos são considerados forma estruturada de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnostica e terapeutas definidas.

A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado e diminui a sobrecarga na documentação multidisciplinar.

Para tal de todo processo de registro será cibernético, com registros de informações, evolução, precisões médicas de enfermagem, anotações e checagens. No planejamento assistencial rotinas e fluxos multidisciplinares de todos os processos assistenciais **serão descritos até o final de período de pré-ativação;**

Protocolo para o manejo de parada cardiovascular, acidente/ trauma com vitima, em casos de choque elétrico, intoxicações exógenas, queimaduras graves, distúrbios mentais; hemorragias, crise hipertensiva, tentativas de suicídio, cuidados de enfermagem, sistematização de enfermagem e outros serão descritos **até o final do primeiro trimestre em 100%;**

Linhas de cuidado, tais como: hemorragia digestiva, traumatologia, dor torácica aguda (infarto do miocárdio e angina instável), Pneumonias adquiridas na comunidade, profilaxia de trombose venosa

profunda, Abdômen agudo traumático, Cirurgia vascular arterial e venosa, Manifestações clinicas SIDA, Parto cesárea, Insuficiência renal aguda. **Até o final de pré-ativação;**

Protocolo de gerenciamento de risco assistencial, Manual de Desinfecção e Biosseguranças e rotinas sanitárias serão implantados e Rotinas Estaduais até o 4 mês de vigência do contrato.

Depois de elaborados, os documentos/normativas passarão por uma Validação Técnica que será realizada pelo responsável do setor ou qualquer outro profissional capacitado, não podendo ser o mesmo que elaborou.

Outras Iniciativas

O setor da qualidade estará ligado à coordenação geral e focando na descrição de mapas de processos, cadeias fornecedor cliente, matriz de riscos, fluxos, linha de cuidados e indicadores estratégicos, operacionais e sistêmicos.

Desenvolvera suas atividades na busca Implantação de certificação do serviço por meio da Organização Nacional Acreditação – ONA, após a assinatura do contrato de gestão, o Programa da Gestão da Qualidade estará disponível a partir do período de 18 meses para a Acreditação em nível I, mais seis meses para Acreditação em nível II e mais seis meses para o nível III. E a certificação ISSO 9001:2008 no ano de 2015;

Buscar parcerias para campanhas de conscientização, informação e educação em saúde;

Estabelecer Política de Cargos e Salários;

Qualidade Subjetiva:

Serviço de atendimento ao cliente SAC/ Ouvidoria

O serviço de atendimento ao cliente – SAC/ Ouvidoria será responsável por receber, registrar e responder as solicitações de informação, elogios e reclamações, críticas e sugestões sobre os serviços prestados aos clientes internos ou externos com intuito de aprimorar ou corrigir os serviços prestados.

O SAC possibilita um feedback valioso para o aprimoramento do serviço de cada setor do SAMU.

As insatisfações identificadas através de relatórios da ouvidoria serão aproveitadas positivamente pela diretorias, gerencias e referencias, constituindo se em poderoso instrumento para a melhoria da qualidade do serviço prestado. Das reclamações podem surgir soluções e ideias relevantes;

Para o funcionamento do SAC será necessário:

Pesquisa de satisfação com os clientes e familiares nos serviços de referência dos casos de pacientes socorridos pelo SAMU de acordo com a sua condição clinica podendo ocorrer inclusive visitas aos finais de semana e feriado;

Pesquisa de satisfação via telefone, e-mail ou enquete no Portal da saúde de acordo com cada caso e após a ocorrência ser atendida;

PLANO DE CONTIGÊNCIA HOSPITALAR E DEMAIS SERVIÇOS

PROPOSTA PLANO DE CONTIGENCIA PARA O HOSPITAL, PA E SAMU DO MUNIUCIPIO DE BERTIOGA

O Plano será adaptado a realidade do Hospital, Pronto Atendimento e SAMU

Estabelecer diretrizes para a prevenção, detecção precoce, supressão, combate e saída segura dos trabalhadores e visitantes das instalações, em resposta a incêndios e emergências não relacionadas a incêndios, descrevendo ações e procedimentos a serem implementados e mantidos pelos setores responsáveis, de forma a garantir maior segurança aos ocupantes da edificação.

DESCRIÇÃO DO PLANO

Medidas de Prevenção de Incêndio e Emergências

Dentre as medidas de prevenção de incêndio, está a proibição do fumo em todas as dependências do Complexo Hospitalar conforme legislação em vigor.

É proibido o uso de adaptadores de tomada, tipo T ou Benjamin, nas instalações elétricas do Hospital, assim como a presença de cilindros de GLP no interior das edificações.

O armazenamento de líquidos inflamáveis, fora dos almoxarifados, limita-se a três litros de cada produto por setor, e sempre que possível devem ser adotadas embalagens de até 500 ml, conforme PGRSS. Quando fora de uso todos os equipamentos elétricos devem ser mantidos desconectados das

tomadas de energia, exceto aqueles de suporte à vida que necessitem manter as baterias em constante carregamento ou que necessitem de modo “stand by” energizado.

Todas as instalações e manutenções elétricas somente podem ser executadas por profissionais autorizados pela instituição.

A sinalização das áreas e locais de trabalho, quanto à presença de produtos inflamáveis, tóxicos e demais riscos, também são elementos que contribuem para a prevenção de sinistros no Hospital.

Nos treinamentos de segurança, além das instruções sobre combate a princípio de incêndio e evacuação de áreas, devem ser reforçados conceitos de prevenção de incêndios.

Na etapa de planejamento de obras, construções e reformas o Serviço de Saúde e Segurança Ocupacional deve ser consultado para avaliação dos riscos e apresentação das recomendações pertinentes, conforme estabelece o regulamento de obras do Hospital.

De forma a garantirmos a prevenção de incêndios no hospital, institui-se que também é proibido:

- O preparo de alimentos com ou sem uso de equipamentos elétricos fora das copas e locais destinados para esse fim.
- Manter e utilizar sanduicheiras, cafeteiras, ebulidores, liquidificadores, fornos e demais equipamentos elétricos destinados à preparação e guarda de alimentos, com exceção dos fornos de microondas e geladeiras, nas instalações do Hospital, exceto pelo setor de Nutrição e Diética.
- O uso de objetos metálicos ou papel alumínio dentro dos aparelhos de microondas.
- O armazenamento de materiais próximos a lâmpadas ou outras fontes de calor.
- O armazenamento de produtos inflamáveis em locais não destinados para esse fim.
- A utilização de inflamáveis próxima a fontes de calor.
- O uso de elementos elétricos na decoração de natal dos setores.
- Acender velas nas instalações do hospital
- O uso de equipamentos elétricos: Danificados, com funcionamento anormal, com suas características originais alteradas ou com cabos elétricos danificados ou expostos a danos

Medidas de Detecção de Incêndio

Durante o expediente diurno a ocupação dos setores favorece a detecção de fumaça possibilitando a identificação mais rápida de um possível foco de incêndio, porém no período noturno, onde muitos setores permanecem inativos e desocupados, são adotadas rondas da equipe de vigilância pelo Hospital, visando à detecção de condições anormais.

Medidas de Supressão de Incêndio

Os recursos e mecanismos de supressão de incêndios disponíveis no Complexo Hospitalar consistem em:

- Extintores de incêndio portáteis: O hospital possui extintores das classes A, B, C e ABC, distribuídos estrategicamente e sinalizados.

Medidas de Sinalização e Sistemas de Alarme de Incêndio

Além da sinalização dos meios de combate a incêndio e de alerta sobre riscos de incêndio, todas as edificações possuem sinalização fotoluminescente das rotas de fuga e saídas de emergência.

Medidas de Combate à Incêndio

Identificação e Combate à Princípio de Incêndio

Na constatação de fumaça, cheiro de fumaça ou cheiro de gás, qualquer ocupante das instalações deverá ligar para o Corpo de Bombeiros.

Na identificação de princípio de incêndio, qualquer profissional treinado deverá utilizar imediatamente o extintor adequado ao tipo de incêndio.

Medidas de Evacuação de Áreas

As edificações do hospital deverão ser dotadas de saídas de emergência compostas primordialmente por escadas e rampas. As rotas de fuga são sinalizadas e indicam o percurso mais curto a ser percorrido no abandono das instalações. Em caso de evacuação das instalações, todos os pacientes em condições clínicas e de deslocamento deverão ser liberados imediatamente, juntamente com seus acompanhantes e visitantes, através da rota de fuga mais próxima, devendo ser orientados sobre a sinalização a ser seguida para abandono da edificação. Para a remoção de pacientes deverá ser seguido o Plano de Remoção de Pacientes (que será adaptado com a realidade das unidades de saúde).:

Exercícios Simulados de Evacuação de Áreas

Deverão ser realizados exercícios simulados de evacuação das áreas visando à identificação de falhas e o treinamento dos profissionais. Logo após a realização dos simulados devem ser realizadas reuniões para avaliação dos problemas identificados, visando à implementação de ações corretivas e o aprimoramento deste Plano. Deverá haver atas dessas reuniões indicando a data e horário dos exercícios, os tempos gastos no abandono, no retorno e no atendimento aos primeiros socorros, se houve a participação do corpo de bombeiros e outras ajudas externas e o tempo de sua chegada, as falhas de execução do plano e dos equipamentos utilizados, devendo ser divulgado o resultado dos exercícios aos setores participantes.

Importante: Por se tratar de estabelecimento de saúde com grande contingente de público externo é recomendável que os exercícios de evacuação de áreas sejam amplamente divulgados, sendo de conhecimento de todos a data, o horário e a conduta a ser adotada no abandono das instalações, para que não haja pânico.

PROPOSTA DE PLANO DE RESPOSTA A CATÁSTROFES E ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS

O Plano será adaptado a realidade do Hospital, Pronto Atendimento e SAMU

Plano de Atendimento de Múltiplas vítimas são ações que visam a organizar e racionalizar os recursos disponíveis através de um planejamento estratégico, sendo o diretor técnico o coordenador das ações e de todos os profissionais o atendimento.

Poderão ser acionados os seguintes colaboradores (contingência externa):

• Plantonistas do Hospital que não estão de plantão no dia, nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Médica, Pediatria, Anestesia, Radiologia, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares Administrativos de acordo com o nível de resposta ativado.

• Equipes de Retaguarda das seguintes especialidades: Cirurgia Geral e do Trauma, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Neurocirurgia e Ortopedia; •Equipes de suporte: Psicólogos (quando necessário).

O Desastre se caracteriza por uma situação na qual o número de vítimas excede a capacidade de atendimento (desequilíbrio entre os recursos e necessidades).

Quando temos uma ocorrência de dimensões maior e sem que, além de um grande número de vítimas, temos o envolvimento do meio ambiente com dificuldades de comunicação, transporte, abastecimento, infraestrutura e logística, estamos diante de uma Catástrofe.

As catástrofes são imprevisíveis e muitas vezes geram grande número de vítimas diretas e indiretas, gerando incontáveis danos físicos, materiais, psicológicos. Estima-se que em uma situação de catástrofe, via de regra, é previsto que a distribuição das vítimas esperadas seja de 80% não-urgência,15%urgências e 5% emergências (Hospital Albert Einstein).

Neste contexto, é imperativo que os serviços de saúde de referência estejam aptos a atender as vítimas com eficiência, qualidade e segurança.

Nas situações de acidentes com múltiplas vítimas, eventos súbitos que produzem um grande número de pacientes para os serviços de urgência atender desde a classificação na cena, até a estabilização em um leito de terapia intensiva, há um desequilíbrio entre os recursos médicos disponíveis e as necessidades, onde só se consegue manter um padrão de atendimento adequado com um sistema de comando e controle coerente e bem estruturado, permitindo assim fornecer o cuidado necessário às vítimas e à equipe de atendimento .

São dois os tipos de catástrofe:

1. Catástrofes naturais: enchentes, desabamentos decorrentes de chuvas e terremotos, por exemplo;

2. Catástrofes “provocadas” (ocasionais): violência urbana e via pública, incêndios, acidentes automobilísticos acidentes biológicos, químicos, radioativos, nucleares e explosivos.

DESASTRES EXTERNOS

Considerações Iniciais

O chefe de equipe do pronto-socorro acionará o plano de catástrofe e o conduzirá até a implantação do Centro de Comando (Centro de Gerenciamento de Crise), do qual poderá ser o líder. Ele deve eleger um membro da equipe de plantão para auxiliá-lo no acionamento das áreas abaixo conforme nível da catástrofe.

O plano de atendimento a múltiplas vítimas pode ser acionado a partir de uma ligação telefônica de algum órgão externo (SAMU, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil,) ou internamente.

Caberá ao chefe de equipe do pronto-socorro ou Coordenador do Centro de Gerenciamento de Crise:

1. Acionar o serviço de Hotelaria – orientar aos porteiros para que se dirijam à chefia imediata.

2. Avisar o serviço de manutenção para que fique de prontidão, uma vez que poderá ser requisitados para transporte de material, equipamentos, macas e pequenos reparos que se fizerem necessários. Quando o serviço for de fato acionado, deve ser dada uma orientação completa (aonde ir, quem procurar, o que fazer);

3. Organizar os recursos na sala da coordenação – secretaria, sala de enfermagem e Unidade de apoio ao paciente;

4. Comunicar ao SAMU, Corpo de Bombeiros e Polícia Militar;

5. Manter áreas de atendimento livres de terceiros (público);

6. Gerenciar a imprensa;

7. Gerenciar acessos – entradas e entradas de veículos nas duas portarias de serviços;

8. Apoiar no transporte intra e inter-hospitalar das vítimas;

9. Contatar Defesa Civil quando necessário.

10. Contatar Polícia Militar ou Bombeiros para apoio presencial, se necessário pedir destinação de pelo menos uma equipe para segurança no pronto-socorro; 11. Reforçar “vigilância” nos arredores do pronto-socorro;

12. Solicitar reforços (médicos, da enfermagem, administrativos);

13. Comunicar as direções e gerente assistencial;

14. Internação – iniciar avaliação de pacientes das enfermarias dos andares que estejam em condição de transferência para outros hospitais; bloqueio de internação para pacientes externos. Definir número de técnicos que poderão atender no PS sem prejuízo para assistência nos andares de internação;

15. Transporte Interno de Pacientes – orientar aos funcionários que se dirijam para o PS para atender conforme necessidade (procurar chefe de equipe ou líder da enfermagem);

16. Agência transfusional - manter estoque de sangue “O negativo” pronto e equipe de prontidão. Notificar situação a Hemorrede ;

17. Setor de imagem– suspender a execução de exames não emergenciais; manter salas preparadas para receber vítimas;

8. Laboratório – suspender a execução de exames externos até segunda ordem (orientar a equipe que estamos em atendimento a catástrofe); manter colhedores prontos para coleta de exames em vítimas vermelhas; 1

9. Bloco cirúrgico – suspender cirurgias eletivas, manter salas prontas para receberem pacientes; manter leitos de recuperação pós-cirúrgicos prontos;

20. Anestesiologia – acionar o serviço e solicitar para preparar-se para atendimento;

22. Líder de enfermagem – manter equipe pronta para atendimento às vítimas; 23. Contatar os médicos (contingente interno) para apoio no PS;

24. Comunicar CCIH – orientar o coordenador ou seu representante para que fique de prontidão para dar suporte em situações de risco biológico;

25. Comunicar Farmácia - orientar o coordenador para que fique de prontidão para dar suporte;

26. Comunicar Engenharia Clínica - Solicitar equipamentos extras quando necessário;

27. Contatar os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem folgas se necessário;

28. Garantir que o Centro de Material Esterilizado (CME) seja devidamente orientado quanto ao perfil dos pacientes e aos materiais que deverão ser priorizados;

Para cumprir com todas essas ações, é imprescindível que o Coordenador do Centro de Gerenciamento de Crise saiba organizar a equipe e delegar

Comitê de Gerenciamento de Crise contará com:

1.Coordenador médico de equipes do plantão;

2. Enfermeiros do Pronto Atendimento, da Sala de Emergência e da Classificação de Risco (01 enfermeiro de cada setor);

3. Médico Triador;

4. Secretários administrativos.

Considerações a serem realizadas:

A triagem será executada de acordo com o Sistema Manchester de Classificação de Risco para atendimentos às múltiplas vítimas (avaliação primária e secundária).

Determinar o número máximo de atendimentos.

Estabelecer Unidades do município que poderão receber outras vítimas.

Determinar área no estacionamento para hospital se for o caso.

PROPOSTA DE PLANO DE REMOÇÃO DE PACIENTES

Este plano deverá estabelecer diretrizes para a preparação e remoção dos pacientes das instalações, em caso de incêndios e emergências não relacionadas a incêndios, descrevendo ações e procedimentos a serem implementados e mantidos pelos setores responsáveis, de forma a garantir maior agilidade e segurança na evacuação parcial ou total das edificações

Antes do transporte dos pacientes devem ser eliminados os riscos de acidentes relacionados à projeção e contato com material biológico.

Pacientes internados nos andares, em observação ou aguardando internação no Pronto Socorroe em setores de diagnóstico:

O médico plantonista da Clínica Médica deverá assumir a liderança da operação nas unidades de internação, observando as seguintes condutas:

a) A enfermeira coordenadora do andar após tomar conhecimento do incêndio comunica ao restante da equipe a ocorrência e a possível necessidade de abandono da área;

b) Mantém em seu poder a planilha de classificação de risco dos pacientes nas unidades de internação. A planilha deverá ser atualizada pela enfermagem sempre que houver alta ou internação no respectivo andar;

c) Aguardar a ordem de evasão a ser dada pelo coordenador da evacuação;

d) A equipe de enfermagem, mediante autorização médica irá liberar os pacientes do soro e/ou outros equipamentos, considerando a ordem de evacuação inversamente proporcional à gravidade do caso, conforme segue:

Os que deambulam;

Os que serão resgatados sentados;

Os que serão resgatados deitados.

e) A equipe de enfermagem irá encaminhar os pacientes para a porta de saída do setor, respeitando a ordem acima para que possam ser conduzidos pela equipe designada, às rotas de fuga ou elevadores de emergência, conforme o caso, e meios de transporte disponibilizados pela equipe assistencial (cadeira de rodas, cama ou maca).

Pacientes no Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica e

O médico plantonista do setor deverá assumir a liderança da operação, observando as seguintes condutas:

- Os pacientes na sala de recuperação anestésica, se houver necessidade, deverão ser transportados por profissionais médicos ou de enfermagem para área de segurança mais próxima.

Condutas conforme classificação das necessidades:

- Pacientes com capacidade de locomoção reduzida – com muletas ou bengalas podem usar a escada de modo independente: segura o corrimão com uma das mãos e com a outra mantém o seu instrumento de apoio. Cadeira de rodas transportados pela equipedesignada.

- Pacientes com dificuldade Cárdio-respiratória / Obesos – pela dispnéia, andando de forma lenta e com períodos de descanso. Em situações de necessidade de rapidez, deverão ser carregados pela equipe em conjunto com os acompanhantes.

- Deficiência Visual – identificação da equipe em voz alta e explicações claras e objetivas. Deixe que ele segure seu ombro ou braço e os outros com as mesmas condições darão a mão aquele primeiro. Mencionar escadas e passagens.

- Deficiência Auditiva – estabelecer contato visual (apontar para cartazes, sinais luminosos, etc.) com o indivíduo e se possível manter-se em local iluminado de frente para a pessoa para facilitar a leitura labial.

- Gestantes e idosos – adotar as orientações daqueles com dificuldade de locomoção.

- Crianças – as de colo devem ser transportadas pelos acompanhantes devidamente orientados pela equipe, os que caminham, de mãos dadas com os adulto.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

POP Sala de Medicação / Nebulização (Hipodermia)

Definição:

É o local destinado ao atendimento imediato do usuário que já foi consultado pelo médico, fará uso de medicação oral ou injetável, seguindo prescrição médica.

Objetivos:

Execução de atividades protocoladas visando um atendimento padrão e de qualidade para o usuário.

Executante:

Técnico de Enfermagem

Procedimento:

1. Informar para a farmáciasatélite o número do código da ficha do paciente e solicitar o kit da medicação prescrita pelo médico.

2.Após preparo de medicação administrar no paciente levando consigo bandeja contendo algodão;

3. Manter o setor organizado, bancadas limpas;

4. Atentar para os itens da prescrição. Não os realizar em caso de dúvidas. Procurar a supervisão de enfermagem;

5. Após a administração da medicação o usuário, em alguns casos, necessitará retornar z\ao consultório médico que o atendeu inicialmente para reavaliação do seu estado geral. Assim, será dispensado ou ficará em observação na unidade em salas próprias.

6. Arquivar a ficha da emergência, no momento da alta hospitalar.

POP Punção Venosa Periférica

Definição:

Puncionar uma veia periférica geralmente nos MMSS, Jugulares, cefálica ou MMII.

Objetivo:

Obter acesso ao sistema venoso para administração de líquidos e medicamentos, através de materiais específicos (jelco ou scalp).

Executante:

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Procedimento:

1. Separar todo material necessário para o procedimento como luva de procedimento, garrote, algodão ou gaze, álcool 70%, cânula específica, polifix preenchido com SF 0,9% ou água destilada, esparadrapo ou micropore para fixação;

2. Lavar as mãos antes de realizar o procedimento;

3. Escolher o local para puncionar como condição da veia, tipo e duração da terapia EV, idade do usuário e outros;

4. Garrotear o local escolhido e inspecionar a veia (firme, elástica, ingurgitada e arredondada);

5. Realizar assepsia do local escolhido, geralmente com álcool 70%;

6. Realizar a punção com omateril escolhido;

7. Conectar o polifix e injetar a solução desejada;

8. Fixar o cateter de forma segura e datá-lo;

9. Realizar a troca do acesso venoso a cada 72 horas ou em caso de perda e sinais flogísticos.

POP Sala de Sutura

Definição:

Sala destinada a procedimento de sutura. Sutura é o procedimento usado para manter unido pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo devido rompimento por trauma ou cirurgia.

Objetivo:

Prestar atendimento imediato, e em local específico, a lesões corto-contusas a fim de diminuir e/ou evitar contaminação.

Executante:

Técnico de Enfermagem ou Cirurgião Plantonista.

Procedimento:

Após acolhimento, registro e classificação do risco:

1. Receber o usuário cordialmente;

2. Realizar a limpeza primária do ferimento;

3. Comunicar o médico para que o mesmo possa avaliar;

4. Oferecer material apropriado e estéril ao médico; e

5. Realizar o curativo ao fim do procedimento.

Observação: Nos casos de urgência o usuário é encaminhado diretamente para a sala de sutura e após resolução do caso faz-se o registro do mesmo. Manter o material sempre estéril de reserva, para que o atendimento possa ser rápido e o usuário não perca o intervalo de tempo (.t) entre o horário do início da lesão e o atendimento.

POP Sala De Observação (Pediátrica)

Objetivos:

Cuidar de forma eficaz, realizando condutas que contribuam para melhora do quadro clínico do usuário, no menor espaço de tempo possível, até que o mesmo tenha alta ou seja transferida.

Definição:

Sala composta por 03 (três) leitos, preparada para receber crianças até 13 (treze) anos (exceto puerpério) provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios.

Executante:

Equipe multidisciplinar:

Médico Pediatra;

Enfermeiro;

Técnico de enfermagem;

Assistente social.

Procedimentos:

1. Recepcionar a criança de forma cordial, acomodar no leito, realizar exames físicos e procedimentos;

2. Orientar os responsáveis quanto aos procedimentos prescritos a serem realizados e como a mesma poderá ajudar;

3. Cumprir rigorosamente a prescrição médica;

4. Atentar para evolução ou involução do quadro clínico;

5. Visualizar a criança como um todo;

6. Realizar registros tais como: evolução, prescrição, checagem, anotações de sinais vitais e qualquer alteração ocorrida;

7. Realizar controle de livro próprio, tais como: admissão, alta, transferência, diagnóstico e responsável;

8. Realizar checagem de check List;

9. Realizar ou auxiliar o responsável, nos cuidados de higiene;

10. Responsabilizar-se por documentos e exames a serem enviados durante transferência ou alta.

Observação:

Nos casos de altas, transferências ou óbitos o procedimento será o mesmo das salas adulto. Ressaltar a equipe de Técnicos em Enfermagem, que todo procedimento invasivo (exceto punção periférica) é privativo dos enfermeiros.

POP Sala de Observação (Adulto)

Definição:

Sala composta por (4) leitos, preparada para receber usuários semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios, após agravamento do estado clínico, durante a avaliação médica.

Objetivos:

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica, resultando em alta para residência ou transferência hospitalar, caso necessite de acompanhamento clínico exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas.

Executante:

Equipe multidisciplinar:

Médico;

Enfermeiro;

Assistente Social;

Técnico de Enfermagem.

Procedimentos:

1. Assumir o plantão leito a leito, tomando ciência das ordens e ocorrência)

2. Ao admitir o usuário, recolher pertences e entregar imediatamente ao familiar, pessoa responsável, acompanhante ou, nos casos que o mesmo estiver sozinho, ao serviço social, relatando no livro de ocorrências do setor;

3. Monitorá-lo caso seja necessário, verificar sinais vitais e evoluir em impresso próprio;

4. Verificar e registrar no mínimo de 6/6h os sinais vitais, independente da prescrição médica (folha de sinais vitais);

5. Realizar os cuidados específicos prescritos para cada usuário (folha de plano de cuidados);

6. Realizar PA horária em todos os usuários em uso de Nitroprussiato de sódio (Nipridi), Nitroglicerina (Tridil) e Aminas (Noradrenalina, Dobutamina e Dopamina), a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da PA em casos de hipertensão;

7. Realizar HGT horário em todos os usuários com dripping de insulina, a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da glicemia em casos de hiperglicemia;

8. Conferir estoque de material/medicação, solicitando a reposição dos mesmos, ao volante;

9. Conferir as medicações ao chegar da farmácia (principalmente antibióticos), verificar as faltas e comunicar ao médico plantonista, para que seja feita substituição;

10. Seguir criteriosamente a prescrição médica, atentando para os horários aprazados pelo enfermeiro;

11. Realizar checagem e evolução de todos os procedimentos realizados;

12. Manter o setor organizado, com os leitos devidamente arrumados;

13. Solicitar ao funcionário da rouparia, a retirada do Hamper, quando este estiver cheio;

14. Arquivar os prontuários da alta em pasta própria, recolher os BAMs e entregar para recepcionista. Os mesmos serão arquivados em local próprio na unidade (SAME) sob responsabilidade do gerente administrativo;

15. O horário das refeições dos colaboradores deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;

16. Após a alta do usuário, solicitar a limpeza terminal do mesmo, arrumando-o em seguida;

17. Manter monitorizados clientes instáveis;

18. Na alta / transferência dos usuários, entregar todos os resultados de exames (laboratório, RX, ECG);

19. Atentar para o preparo e administração de medicações conforme rotina estabelecida. Verificando prazos de validade dos mesmos e datando equipos, punções, soluções e curativos;

20. O técnico de enfermagem deve realizar coleta de sangue para exames laboratoriais, procedendo à identificação conforme rotina. A Punção Arterial deve ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico, assim como punção de jugular e cateterismo vesical;

21. Realizar higiene (aspersão e/ou leito) em usuários com mais de 12 horas de internação;

22. Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Nome do usuário, leito, horário e data da internação, horário de saída e destino;

23. Fazer conferência dos equipamentos (monitores, HGT, rede de gases e umidificadores) em relação ao funcionamento e quantidade em check list próprio. Comunicar a falta de qualquer um desses itens para a coordenação, para que providências sejam tomadas;

24. A alimentação dos usuários (conforme dieta da folha de prescrição) e de seu acompanhante deverá ser comunicada ao Serviço de nutrição em tempo hábil;

25. Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;

26. Prestar ao usuário assistência de forma dinâmica até sua estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar, instalando totais medidas de seguranças e conforto;

27. Preparar corpo, caso óbito;

28. Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito.

Observação:

As transferências, óbitos e altas seguem mesmo padrão da sala vermelha.

POP Sala de estabilização

Definição:

Sala preparada para receber usuários críticos e semi-críticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco, sala amarela, meios próprios e ambulâncias, após agravamento do estado clínico, para estabilização (tratamento intensivo).

Objetivos:

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar.

Executante:

Equipe multidisciplinar:

Médico

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem.

Procedimentos:

1. Checar equipamentos em relação ao funcionamento carga/bateria e quantidade. Realizar check list pré-estabelecido. (Desfibrilador, respirador, monitor, eletrocardiógrafo, laringoscópio, lâminas, âmbú, circuitos de oxigênio, vácuo e aspiração);

2. Inspecionar carro de PCR quanto a quantidade de insumos necessários e medicações. Realizar check list pré-estabelecido;

3. Organizar e manter 01(um) leito preparado para receber usuários em PCR ou vítima de trauma. (Ambú adaptado ao circuito de oxigênio com umidificador, laringoscópio, material para acesso venoso, prancha, material para intubação orotraqueal, matrerial para aspiração de VAS...);

4. Certificar-se que a monitorização continua dos sinais vitais é eficaz, ajustando o monitor (horário de verificação da pressão arterial, derivação de ECG e alarmes);

5. Manter registros atualizados tais como: checagem da prescrição, evolução e sinais vitais;

6. Atentar para visualização e identificação de alteração do quadro clínico do usuário;

7. Atentar para validade das soluções e infusões mantendo as mesmas devidamente identificadas;

8. Manter acessos venosos devidamente identificados com data, nº do jelco e profissional;

9. Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;

10. Prestar ao usuário grave, assistência de forma dinâmica até sua transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;

11. Preparar corpo, caso óbito;

12. Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito;

13. A transferência será solicitada pelo profissional médico através do serviço social (central de regulação de vagas). Para tal avaliar: condições da ambulância, profissional de enfermagem que acompanhará na remoção, reposição de material utilizado, exames necessários e anotar no livro do setor;

14. Nos casos de alta, o usuário será encaminhado para sala de observação (Amarela) para depois ser liberado;

15. Nos casos de óbito, o atestado será preenchido pelo profissional médico (declaração de óbito), o corpo preparado pela equipe de enfermagem e encaminhado ao morgue. O serviço social fará contato com familiares e o médico comunicará o ocorrido.

POP Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar

Objetivos:

Instrumentalizar e estimular a interdisciplinaridade dos profissionais envolvidos na atenção à saúde, para que se possa otimizar a assistência;

Obs.: A possibilidade de associação das duas doenças (HÁ e DM) é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo usuário;

Orientar e sistematizar medidas de detecção e controle dos hipertensos e diabéticos;

Promover controle rigoroso para evitar complicações;

Proporcionar o acompanhamento da evolução do usuário;

Comunicar os cuidados aos outros profissionais.

Materiais:

Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar.

Procedimentos:

1. A pressão arterial - PA - deverá ser aferida quando o examinador avaliar e julgar necessário;

2. O Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar deverá ser preenchido completamente (nome do usuário, data, carimbo, assinatura, hora da aferição);

3. Se necessário, a reavaliação do usuário deverá ser feita após o usuário ter sido medicado.

Observações:

É importante que se avalie sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundarias de HÁ (para as quais um exame clinico bem conduzido pode ser decisivo – causas renovasculares, pesquisa de feocromocitoma, etc.)

Segundo o Ministério da Saúde é importante diferenciar das situações de crise hipertensiva os quadros de alterações pressóricas que ocorrem em situações de estresse emocional. Também não constituem urgências hipertensivas a elevação da pressão arterial desacompanhada de sintomas, onde um simples ajuste terapêutico poderá, nesses casos, promover o adequado controle da pressão arterial.

POP Cateterismo Nasoentérico (CNE)

Definição:

Introdução da sonda nasoentérica através do nariz e passada pelo esôfago, estômago até o trato intestinal.

Objetivo:

Inserir alimentação diretamente no intestino;

Aspirar conteúdo intestinal de forma a impedir a distensão intestinal;

Inseridas profilaticamente na noite anterior a uma cirurgia GI para prevenir obstrução no pós-operatório;

Executante:

Enfermeiro

Procedimentos:

1. Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasoentérica, par de luvas de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;

2. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

3. Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porquê do procedimento;

4. Posicionar o usuário corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;

5. Realizar a mensuração da sonda nasoentérica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide e depois até a crista ilíaca. Neste ponto marque a sonda;

6. Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;

7. Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de RX de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;

8. A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o RX que deverá ser realizado apenas na primeira vez).

POP Cateterismo Nasogástrico (CNG)

Definição:

É a inserção de uma sonda plástica ou de borracha no estômago através da fossa nasal direita ou esquerda.

Objetivo:

O cateterismo, ou sondagem nasogástrica pode estar em gavagem (entrada de material no estômago) ou sifonagem (retirada de material do estomago), e pode ser realizada para diversas funções como:

Administrar medicação e alimentos;

Descomprimir o estômago e remover gás e líquidos;

Lavar o estômago e remover substâncias tóxicas ingeridas;

Tratar um obstrução;

Comprimir o local de sangramento;

Aspirar conteúdo gástrico para análise.

Executante:

Enfermeiro

Procedimentos:

1. Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasogástrica, par de luvas de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;

2. Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento;

3. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

4. Posicionar o usuário corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;

5. Realizar a mensuração da sonda nasogástrica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide. Neste ponto marque a sonda;

6. Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;

7. Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de RX de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;

8. A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o RX que deverá ser realizado apenas na primeira vez).

POP Cateterismo Vesical de Alívio (CVA)

Definição:

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do usuário de forma estéril.

Objetivos:

Drenar toda a urina do usuário em caso de retenção urinária;

Colher urina para exame, em caso de usuário com incontinência urinaria e diurese em fralda;

Executante:

Enfermeiro

Procedimentos:

1. Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda de aspiração, soluções antisépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, gaze estéril, coletor de urina para exame;

2. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

3. Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;

4. Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas;

5. Abrir todo o material mantendo-o de forma estéril;

6. Colocar luva estéril;

7. Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);

8. Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;

9. Realizar a coleta da urina em coletor específico e drenar toda a urina;

10. Retira a sonda com cuidado.

POP Cateterismo Vesical de Demora (CVD)

Definição:

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do usuário de forma estéril.

Objetivos:

Alívio da obstrução do trato intestinal;

Auxiliar com a drenagem pós-operatória, principalmente das cirurgias urológicas;

Monitorizar com exatidão o débito urinário, geralmente em usuários críticos;

Drenar a urina em usuários com disfunção neurogênica da bexiga e retenção urinária;

Prevenir o extravasamento em usuários com úlceras de decúbito em estágio III ou IV;

Executante:

Enfermeiro e Médico.

Procedimentos:

1. Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda vesical foley, soluções antisépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, água destilada, gaze estéril, coletor fechado e bandeja de cateterismo vesical;

2. Lavar aos mãos antes de iniciar o procedimento;

3. Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;

4. Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas;

5. Abrir a bandeja de cateterismo e todo o material mantendo-os de forma estéril;

6. Colocar luva estéril;

7. Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);

8. Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;

9. Ao iniciar a saída da urina, insuflar o balonete com água destilada (quantidade variada de acordo com o fabricante) pelo ejetor lateral e conectar ao coletor fechado.

Observações:

- Caso não haja saída de urina, introduzir completamente a sonda e após insuflar o balonete;

-Quando for retirar a sonda vesical de demora, antes é necessário desinsuflar o balonete completamente para não haver trauma de uretra, e após puxar a sonda com cuidado até sua retirada completa.

POP Distribuição da Máscara N95

Objetivos:

Manter controle de distribuição das máscaras N95;

Proteção ocupacional do funcionário da unidade em caso de exposição a contaminantes por aerossóis;

Incentivo ao uso da proteção individual.

Materiais:

Planilha de controle contendo o nome completo do funcionário, data de aquisição, data de validade, assinatura do recebedor;

Máscaras N95, individualizadas;

Caixa plástica para armazenamento, localizada no almoxarifado;

Caixa do material para distribuição.

Procedimentos:

1. Distribuição das máscaras pelo almoxarife, em caso de contaminante por aerossóis na unidade;

2. Assinatura do recebedor em planilha própria;

3. Orientação ao funcionário sobre a data de validade da máscara (3 meses, ou, em caso de danos ao material como, respingos de material orgânico, perfurações, entre outros) e armazenamento em local limpo e seco;

4. Orientar ao funcionário que esta máscara é individualizada, e deve ficar em seu poder durante o período de validade da mesma;

5. Esclarecer ao funcionário que no almoxarifado tem disponível local para armazenamento da máscara própria, com identificação, a fim de evitar o esquecimento da mesma.

Observações:

Todos os almoxarifes serão orientados sobre a forma de distribuição mediante acordo com Gerente administrativo da Unidade;

Será disponibilizado local para armazenamento das máscaras individualizadas, de forma opcional para o funcionário, a fim de evitar o esquecimento desta;

Será feito uma reserva de 10 máscaras, para serem disponibilizadas para acompanhantes (caso maior de 60 anos ou menor de 18 anos) e funcionários que por algum motivo estão sem a proteção individual.

POP Check List

Definição:

Instrumento utilizado para verificação de materiais e medicamentos, permanentes e de consumo.

Objetivo:

Controlar todos os materiais permanentes e de consumo do setor a cada plantão (12/12 horas).

Executante:

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Procedimentos:

1. Receber o plantão as 07:00 ou 19:00 horas;

2. Em impresso próprio conferir material e medicamentos em estoque nas respectivas salas (vermelha, amarela adulta, amarela infantil, sutura, hipodermia e classificação de risco);

3. Em média 02 (duas) horas antes do término do plantão listar o que foi gasto em cada setor, anotar e encaminhar a folha para volante entregar ao setor responsável pela diminuição (saldo) e reposição dos mesmos mantendo a quantidade pré determinada;

4. Após conferência, o profissional que a realizou deverá assinar logo abaixo da conferência do dia;

POP Impresso da Evolução de enfermagem

Objetivos:

Organizar o trabalho da enfermagem, quanto ao método e instrumento, de modo que seja possível a realização do processo de enfermagem;

Constituir uma série de ações pensadas, tendo em vista o cuidado de enfermagem, tendo como características: sistematização, dinamicidade, base teórica, flexibilidade;

Estar em conformidade com a resolução COFEN 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições brasileiras (Art. 2° a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada. Art. 3° a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do usuário...);

Proporcionar o acompanhamento da evolução do usuário;

Comunicar os cuidados aos outros profissionais;

Proporcionar base para avaliação da qualidade do cuidado;

Criar um documento legal, que possa ser usado também epidemiologicamente.

Materiais:

Impresso da Evolução de Enfermagem.

Procedimentos:

1. Após avaliação criteriosa do estado geral do usuário, preencher Impresso da Evolução de Enfermagem, fazendo as observações devidas;

2. Utilizando método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundada no empirismo;

3. O mesmo impresso (ao longo das 24h) deverá ser utilizado por ambas as equipes, para facilitar a comunicação entre as mesmas (SD e SN).

4. A evolução deverá ficar anexada ao prontuário do usuário.

Observações:

É imprescindível que todo o corpo de enfermagem tenha conhecimento do impresso a fim de desenvolver um processo interativo com a equipe e os usuários;

Será disponibilizado local para armazenamento das máscaras individualizadas, de forma opcional para o funcionário, a fim de evitar o esquecimento desta;

Será feito uma reserva de 10 máscaras, para serem disponibilizadas para acompanhantes (caso maior de 60 anos ou menor de 18 anos) e funcionários que por algum motivo estão sem a proteção individual.

POP Sala de Esterilização e Desinfecção

Definição:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes: vírus, bactérias, fungos, protozoários, esporos, para um aceitável nível de segurança. O processo de esterilização pode ser físico, químico, físico-químico.

Objetivos:

Prover e manter abastecida a unidade de material esterilizado, em quantidade, qualidade e em condições adequadas para o uso;

Proceder limpeza e/ou a desinfecção do material fornecido, responsabilizando por perdas e danos indevidos;

Manter o setor em ordem, com materiais armazenados e identificados corretamente;

Encaminhar material danificado ao departamento administrativo;

Solicitar orientação do enfermeiro ou coordenador sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

Executante:

Técnico de enfermagem

Procedimentos:

1. Receber o material encaminhado pelos setores;

2. Proceder a limpeza do material conforme a rotina técnica;

3. Verificar o estado de conservação do material;

4. Encaminhar o material para área de preparo;

5. Registrar no livro a saída do material, hora e setor para quem foi dispensado;

6. Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após as atividades;

7. Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário usar EPI;

8. Executar o processo de esterilização na autoclave conforme instrução do fabricante;

9. Realizar teste confirmatório de funcionamento do equipamento;

10. Controlar o funcionamento das autoclaves registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;

11. Comunicar a gerencia de enfermagem e/ou administrativa qualquer falha nos equipamentos;

12. Montar a carga de acordo com as orientações básicas;

13. Adequar o número de pacotes, tamanho à autoclave;

14. Evitar que o material encoste nas paredes da câmara;

15. Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;

16. Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;

17. Entre abrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;

18. Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao arsenal;

19. Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;

20. Identificar os pacotes colocando no rótulo: Nome do pacote de acordo com a padronização, data da esterilização, validade e assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.

Instrumentais:

1. Separar as pinças e pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;

2. Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;

3. Lavar o instrumental, peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas;

4. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;

5. Enxugar as peças com compressas ou pano macio e limpo, em toda sua extensão;

6. Avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente;

7. Empacotar conforme a técnica do envelope;

8. Encaminhar o pacote à área de esterilização.

Macro e Micronebulizadores:

1. Desconectar as peças dos nebulizadores, lavando casa uma cuidadosamente com água e detergente;

2. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos no recipiente opaco e com tampa, conforme orientação da CCIH;

3. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e /ou pinça longa;

4. Enxaguar as peças rigorosamente com água corrente;

5. Secar com pano limpo e seco;

6. Guardar as peças montadas em recipiente tampado;

7. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.

Almotolias:

1. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;

2. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;

3. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;

4. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito sódio a 1% por 30 minutos (somente recipiente plástico);

5. Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;

6. Borrifar álcool à 70% e deixar secar novamente;

7. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso devidamente datadas.

Umidificador de oxigênio:

1. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;

2. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;

3. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;

4. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente recipiente plástico);

5. Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;

6. Friccionar álcool a 70% na parte metálica que acompanha o umidificador;

7. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

Lâminas de laringoscópio:

1. Friccionar álcool a 70% na lâmina;

2. Limpar o cabo do laringoscópio com solução de água e detergente;

3. Remover com água e deixar secar. Friccionar álcool a 70% no cabo;

4. Montar o laringoscópio testando seu funcionamento.

Ambú:

1. Desmontar o ambú;

2. Lavar a bolsa ventilatória, a máscara e as conexões externamente com água e sabão. Evitar a penetração de água no interior da bolsa;

3. Enxaguar em água corrente e secar;

4. Imergir em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;

5. Retirar da solução e deixar secar naturalmente e guardar em recipiente tampado.

Observações:

A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

POP Sala de Expurgo

Descrição do Processo:

É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

1. Organizar a sala;

2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;

3. Solicitar a equipe de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;

4. Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;

5. Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;

6. Secar o material com pano limpo;

7. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;

8. Manter a sala limpa, organizada e abastecida;

9. Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;

10. Realizar contagem / pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia (profissional ou maqueiro).

PROTOCOLOS MÉDICOS

PNEUMONIA COMUNITÁRIA

A) Adolescente (12 a 17 anos) e adulto (18 a 59 anos) sem co-morbidades

A1) Sem Indicação de Internação:

Amoxicilina 500 mg V.O. a cada 8 horas.

Alternativa: Ampicilina 500 mg VO 6/6h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

A2) Com Indicação de Internação Hospitalar (fora do CTI):

Penicilina Cristalina 100.000 a 200.000 UI/Kg/dia IV 4/4h. Dose máxima: 20 milhões UI/dia.

Alternativa: Ampicilina 1g IV 6/6h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

Avaliar alta hospitalar após defervescência, com as alternativas do item A1 (via oral).

Na suspeita de estafilococcia, sobretudo se houver história ou porta de entrada cutânea, iniciar Oxacilina 200 mg/Kg/dia IV 4/4h. Dose máxima: 12 g/dia

A3) Alternativas para Pacientes Alérgicos à Penicilina:

Oral: Eritromicina 500 mg VO 6/6h ou Clindamicina 600 mg VO 6/6h.

Parenteral: Clindamicina 900 mg IV 8/8h ou 600 mg IV 6/6h.

B) Adulto (18 a 59 anos) com co-morbidades e usuários com 60 anos ou mais. (co-morbidades: DPOC, diabetes mellitus, alcoolismo, esplenectomizados)

B1) Sem Indicação de Internação:

Amoxicilina 500 mg VO 8/8h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

B2) Com Indicação de Internação Hospitalar (fora do CTI):

Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h ou

Cefuroxime 750 mg IV 8/8h.

Tempo de tratamento: 7 a 10 dias.

Alternativa para usuários alérgicos à penicilina: Claritromicina 500 mg, IV 12/12h.

B3) Com Indicação de Internação no CTI, em Insuficiência Respiratória:

Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h + Claritromicina 500 mg IV 12/12h ou

Cefuroxime 750 mg IV 8/8h + Claritromicina 500 mg IV 12/12h ou

Quinolona de quarta geração (ainda não padronizada na rede)

Tempo de mínimo de tratamento: 14 dias.

Alternativas para usuários alérgicos à penicilina:

Quinolona de quarta geração ou

Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h + Clindamicina 600 mg IV 6/6h (ou 900 mg 8/8h).

B4) Com Insuficiência Respiratória e Suspeita Clínica/Epidemiológica de Pneumonia por Pneumocyctis carinii:

Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h + Cotrimoxazol 75 a 100 mg/Kg/dia IV 6/6h (em média de 3 a 4 ampolas IV a cada 6 horas)

Tempo de tratamento: 21 dias.

Associar corticóide se PO2 < 70 mmHg em ar ambiente.

B5) Pneumonia Aspirativa ou Associada à Ventilação Mecânica com < 72 horas:

Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h.

Tempo mínimo de tratamento: 14 dias.

Alternativas para Pacientes Alérgicos à Penicilina:

Quinolona de quarta geração ou

Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h + Clindamicina 600 mg IV 6/6h (ou 900 mg 8/8h).

PNEUMONIA HOSPITALAR

Início dos sintomas após 72 h de internação hospitalar

A) Sem uso prévio de antibiótico, na mesma internação

A1) entre 72h e 7 dias aproximadamente, com ou sem ventilação mecânica:

Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h.

A2) após 7 dias, sem ventilação mecânica:

Amoxicilina/Clavulanato 1 g IV 8/8h.

A3) após 7 dias, com ventilação mecânica

Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h ou

Cefepime 2 g IV 8/8h.

Comentários:

Proceder rastreamento microbiológico sempre que houver necessidade de modificar o esquema antimicrobiano, dando preferência a materiais clínicos que definam infecção (ex: hemocultura, LBA, urina e outros).

Caracterizar a nova infecção.

Só "progredir" o esquema terapêutico após a exclusão da piora clínica secundária a complicações das infecções comunitárias (ex: derrame pleural, flebite e outras)

B) Com uso prévio de antibiótico, na mesma internação

B1) Esquema Anterior: Amoxicilina/Clavulanato ou Cefuroxime:

Cefepime 2 g IV 8/8h ou Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h.

B2) Esquema Anterior: Ceftriaxone:

Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h.

B3) Esquema Anterior: Cefepime ou Ciprofloxacina:

Piperacilina/Tazobactam 4,5g IV 6/6h.

B4) Esquema Anterior: Piperacilina/Tazobactam:

Imipenem 500 mg IV 6/6h.

Reservar o uso de Meropenem para usuários com risco epileptogênico elevado (doenças do sistema nervos central, recém-natos, crise epiléptica relacionada ao imipenem).

B5) Considerar o uso de Vancomicina quando o usuário apresentar os seguintes fatores de risco:

Hemodiálise/diálise peritoneal;

Unidade/ setor com elevada frequência de MRSA;

Uso prévio de antimicrobiano com amplo espectro;

Procedente de asilo/ casa de apoio ou similares, em uso de antimicrobianos de amplo espectro;

Sabidamente colonizado por MRSA.

. Reservar Teicoplanina para usuários prematuros ou com lesão renal.

B6) Esquema Anterior: Piperacilina/Tazobactam ou Imipeném/Meropeném:

considerar, após discussão com a CCIH:

Carbapenêmico, esquema de infusão contínua ou em dose máxima;

Polimixina B 30.000 UI/Kg/dia, IV 12/12h ou em infusão contínua (para Pseudomonas aeruginosa sensível apenas à polimixina, com antibiograma da automação confirmado em bancada);

Sulfametoxazol/trimetoprim: 5 mg/Kg/dia de TMP, IV 6/6h (visando cobertura para bastonetes Gram-negativos não fermentadores – Burkholderia cepacia, Stenotrophomonas maltophilia).

SINUSOPATIA

A) Sinusite aguda comunitária e sinusite crônica agudizada:

Amoxacilina 500 mg VO 8/8h.

Tempo de tratamento: 10 a 14 dias e/ou 7 dias após a melhora clínica.

Alternativa para usuários alérgicos à penicilina:

cefuroxime 250 mg V.O. a cada 12 h (exceto, alergias graves, como edema de glote, S. stevens Johnsons);

claritromicina 500 mg V.O. a cada 12 h;

co-trimixazol 25 mg/Kg/dia de sulfa, V.O. a cada 12 h.

Falência do esquema anterior (também pode ser adotado para usuários que no mês anterior fizeram uso de antimicrobiano)

amoxacilina/clavulanato 500 mg V.O. , a cada 8 h ou

cefuroxime 250 mg V.O. a cada 12 h

Comentário: os quadros crônicos devem ser encaminhados ao serviço de otorrinolaringologia para coleta de material para cultura ou correção de anormalidades anatômicas.

B) Sinusite nos usuários em terapia intensiva:

seguir o esquema para pneumonia hospitalar após colheita de secreção de seios da face.

OTITE

esquema idêntico ao de sinusite.

para usuários com diabetes mellitus e suspeita de otite média maligna:

a) com indicação de internação:

clindamicina 600 mg I.V, a cada 6 h + ciprofloxacina 400 mg I.V. a cada 12 h

b) falência terapêutica com esquema acima:

piperacilina/tazobactam 4,5g, I.V. a cada 6 h.

TRAQUEOBRONQUITE BACTERIANA NO PACIENTE DPOC

A) Sem indicação de internação:

amoxacilina 500 mg V.O. a cada 8 h;

co-trimoxazol 25 mg/Kg/dia de sulfa, V.O. a cada 12 h;

tetraciclina 500 mg, V.O. a cada 8 h.

B) Com indicação de internação:

amoxicilina/clavulanato 1g I.V. a cada 8 h;

alternativa para usuários alérgicos à penicilina:

Claritromicina 500 mg I.V. a cada 12 h.

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA ASMA GRAVE

Pacientes de Alto Risco

Crise anterior com risco de vida

Intubação prévia por broncoespasmo

Crise grave apesar de tratamento com broncodilatadores e corticóides

Tratamento inadequado

Falta de adesão ao tratamento

Retirada recente de corticóides

Tratamento Farmacológico

Broncodilatadores

Formoterol inalatório 2,5 mg (10 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espassar doses conforme melhora clínica
Salbutamol inalatório 5 mg (20 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espassar doses conforme melhora clínica.

Salbutamol injetável 1ml (500µg)

8µg/kg SC 4/4 h ou

5µg/min EV (aumentar para 10 mcg/min conforme resposta clínica e frequência cardíaca).

Brometo de ipatrópio 250 a 500 µg (20 a 40 gotas) diluídos em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espassar doses conforme melhora clínica

Xantina – Usar nos quadro refratários

Aminofilina oral -200 mg VO 6/6 h

Aminofilina EV 240mg/10 ml

Ataque: 5-6 mg/kg de peso (usuário crônico 2,5 a 3 mg/kg)

Manutenção: 0,3 – 0,5 mg/kg/h

Sulfato de Magnésio Fazer 1 –2gEV em 15 min

Sulfato de Magnésio 10% -10 à 20ml + SF 0,9% 100ml

Indicações de Ventilação Mecânica

Piora da obstrução apesar do tratamento clínico adequado

Pico de fluxo expiratório < 100 l/min e em declínio

Incapacidade de falar

Pulso paradoxal ascendente ou em declínio no usuário exausto

Rebaixamento do estado de consciência

Ausência de murmúrios vesiculares (tórax silencioso)

Hipercapnia (PaCO2 > 45 mmHg)

Hipoxemia (PaO2 < 60 mmHg ou SaO2 < 90%)

Fadiga da musculatura respiratória

Respiração paradoxal, alternância tóraco-abdominal

Parâmetros ventilatórios

Tubo traqueal com grande calibre

Regulagem do ventilador mecânico na crise de asma aguda

Volume corrente: 5-8 ml/Kg

Frequência respiratória: 8-12/min

Fluxo inspiratório (em volume controlado): 50-100 L/min

Pico de pressão (em volume controlado): < 40 cmH2O

Pressão de platô < 30 cmH20

PEEP entre 5 e 10 cmH2O ou 80% do auto-PEEP (calculado pela manobra de pausa expiratória)

Iniciar FIO2 1 e baixar rapidamente objetivando SaO2 > 95%

Relação I:E< 1:2 (1:3; 1:4; 1:5…)

Objetivos:

pH> 7,2

PaCO2 >40 e < 70

PaO2 > 80

PEEP total (PEEP + auto PEEP) < 15 cm H2O

Solicitar exames Complementares

Gasometria arterial

Radiografia de tórax

Hemograma completo

Bioquímica

TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Tratamento Farmacológico

Broncodilatadores

Formoterol inalatório 2,5 mg (10 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espassar doses conforme melhora clínica

Salbutamol inalatório 5 mg (20 gotas) diluído em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espassar doses conforme melhora clínica.

Salbutamol injetável 1ml (500 mcg) - 8 µg/kg SC 4/4 h ou5 µg/min EV (aumentar para 10 mcg/min conforme resposta clínica e frequência cardíaca).

Brometo de ipatrópio 250 a 500 µg (20 a 40 gotas) diluídos em 2 a 4 ml a cada 20 minutos, espassar doses conforme melhora clínica

Xantina – Usar nos quadro refratários

Aminofilina oral - 200 mg VO 6/6 h

Aminofilina EV 240mg/10 ml

Ataque: 5-6 mg/kg de peso (usuário crônico 2,5 a 3 mg/kg)

Manutenção: 0,3 – 0,5 mg/kg/h

Corticoesteróide

Hidrocortisona

Ataque: 300 mg EV bolus

Manutenção: 100 a 200 mg EV 6/6 h

Metilprednisolona

Ataque: 80mg EV

Manutenção: 40 a 80 mg EV 6/6 h

Solicitar exames complementares

Gasometria arterial

Radiografia de tórax

Hemograma completo

Bioquímica

Ventilação Não Invasiva

Indicações

DPOC descompensada

Sinais de insuficiência respiratória aguda

Paciente consciente e colaborativo

Reflexo de tosse presente

Estabilidade hemodinâmica

Técnica

Decúbito elevado

Orientar o usuário

Escolher a melhor interface (máscara) de acordo com o tamanho

BIPAP:

BIPAP / CPAP

A ventilação mecânica chamada CPAP é usada para tratar a apnéia do sono, um distúrbio caracterizado por interrupções na respiração durante o sono. Por outro lado, BiPAP ou Bi-Nível, uma Máquina De Pressão Positiva nas vias respiratórias, desenvolvido na década de 1990, é um aparelho que ajuda as pessoas a inalar mais ar para os pulmões.

Estas máquinas têm três componentes:

O gerador de fluxo proporciona um fluxo de ar,

A mangueira de ligações da interface para a máscara (Máscara), também chamada "traquéia"

A máscara, que pode ser nasal (para quem respira pelo nariz somente) ou máscara facial (para quem respira pela boca e nariz).

Diferença entre CPAP e BiPAP

A máquina de CPAP fornece um nível predeterminado de pressão. Ela libera uma corrente de ar comprimido através de uma mangueira para a máscara de nariz e mantém aberta a via aérea superior, sob pressão de ar contínua. A pressão do ar impede apnéia obstrutiva do sono, que ocorre como resultado do estreitamento das vias aéreas devido ao relaxamento dos músculos das vias respiratórias superiores durante o sono. Esta máquina ajuda a aumentar o fluxo de oxigênio, mantendo as vias aéreas abertas. CPAP, embora inicialmente usado para tratar a apnéia do sono, também é usado para usuários com doenças neuromusculares e problemas respiratórios.

BiPAP, uma máquina de ventilação não invasiva oferece dois níveis de pressão. *Inspiratory Positive Airway Pressure* (IPAP) é uma quantidade elevada de pressão, aplicada quando o usuário inala e uma baixa pressão positiva expiratória (EPAP) durante a expiração. BiPAP é usado para tratar a apnéia central do sono e apnéia obstrutiva do sono grave. Também é prescrito para usuários que têm dificuldade respiratória e doenças cardíacas.

Prós e contras de CPAP

O tratamento com CPAP é muito seguro e eficaz para o tratamento da apnéia do sono. Os ajustes de pressão dessas máquinas podem ser ajustados de acordo com a exigência do usuário. O tamanho do nariz ou a máscara facial também pode ser ajustado. O tratamento com CPAP pode ser usado em caráter experimental. Ele pode ser interrompido se o usuário apresenta um baixo nível de tolerância. CPAP também pode ser usado em conjunto com outros tratamentos. Estas máquinas são compactas e portáteis. Veja alguns modelos no site: www.saudeeconforto.com.br

Pacientes que usam máquinas de CPAP pode ter dores de cabeça, irritação na pele e inchaço no estômago. Congestão nasal e corrimento nasal também é observada em usuários em uso dessas máquinas. Pacientes que sofrem de claustrofobia e transtornos de ansiedade deve ser administrada medicação especial, porque a sua tolerância ao tratamento com CPAP é muito baixo. A maioria dos efeitos colaterais pode ser reduzido pelo uso de um umidificador (www.saudeeconforto.com.br), spray nasal e anti-histamínico.

Prós e contras do BiPAP

O tratamento com BiPAP é normalmente receitado para usuários que não toleram CPAP ou que sofrem de outros distúrbios respiratórios, além de apnéia do sono. Desde que a expiração exige menos pressão do que inspiração, uma máquina BiPAP é projetada de forma que durante a expiração reduz a pressão para um nível predeterminado. Esta máquina é muito eficaz para usuários com transtornos neuromasculares e cardiopulmonares.

Os efeitos colaterais do tratamento BiPAP são os mesmos que do CPAP. Efeitos colaterais comuns incluem dores de cabeça, rinite ou um corrimento nasal, tontura e problemas de estômago como a indigestão. Os efeitos colaterais do tratamento BiPAP embora comuns, não são muito graves. Os ajustes de pressão das máquinas BiPAP exigem uma vigilância constante.

Complicações

Escape excessivo de ar pela máscara (cuidado com os olhos)

Rebaixamento do estado de consciência

Vômitos, broncoaspiração e aerofagia

Lesões de face, sinusite e otite

Ventilação Invasiva

Indicações

Falência da ventilação não invasiva

Hipoxemia ($PaO_2 < 55$ mmHg) ou hipercapnia ($PaCO_2 > 50$ mmHg com $pH < 7,30$) refratárias

Acidose grave

Rebaixamento do estado de consciência

Instabilidade hemodinâmica

Perda dos reflexos de proteção da via aérea

Parâmetros ventilatórios

Tubo traqueal com grande calibre (diâmetro 8)

Modo controlado por no mínimo 12 h

Volume corrente 8 mL/Kg

Baixa frequência respiratória: 8 a1 2 ipm

Altos fluxos inspiratórios > 50 L/min

Relação I:E menor que 1:2 (1:3 -1:5 ou menos, para evitar auto -PEEP)

PEEP entre 5 e 10 cmH2O ou 85% do auto-PEEP calculado pela manobra de pausa expiratória

PEEP + auto PEEP < 15cmH2O

Pico de pressão < 40 cmH2O

Pressão de platô < 35 cmH2O

Iniciar FIO2 100%, reduzir progressivamente objetivando SaO2 > 90%

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Quadro clínico

Dor pleurítica, hemoptise, taquipnéia, dispnéia, taquiarritimias, hipoxemia e eventual instabilidade hemodinâmica.

Diagnóstico diferencial

Pneumotórax, pneumonia, hérnia hiatal, DPOC, asma, insuficiência coronariana, insuficiência ventricular esquerda.

Fatores de risco	**N° de pontos**
Sinais clínicos e sintomas de TVP	3
Diagnóstico alternativo menos provável que TEP	3
FC > 100bpm	1,5
Imobilização ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5
TVP ou TEP prévios	1,5
Hemoptise	1
Câncer	1

Probabilidade clínica

Baixa	< 2
Intermediária	2 – 6
Alta	> 6

Exames diagnósticos

ECG

ECOCARDIOGRAMA

Dímero -D

Tomografia de tórax helicoidal com protocolo para TEP

Gasometria arterial

Hemograma e bioquímica

Tratamento

Trombolítico: indicado no TEP maciço com instabilidade hemodinâmica, hipoxemia refratária, hipocinesia de VD no ECO OU hipertensão pulmonar grave. Não há indicação de trombolítico na ausência de sobrecarga ventricular direita.

Trombolítico

Estreptoquinase

Ataque: 250000UI em 30min

Manutenção: 100000UI/h durante 24h

Terapia Anticoagulante: Pode-se usar heparina não fracionada em infusão contínua EV, com controle de TTPa DE 6/6h ou HBPM conforme protocolo de heparinização do serviço.

PROTOCOLO PARA USO DO SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO-INVASIVO

Indicações

A) Insuficiência Respiratória Aguda hipercápnica

agudização da DPOC

doenças neuromusculares

pós-extubação

agudização Fibrose Cística, particularmente quando com acidose respiratória (pH < 7,35) e secreção pulmonar não abundante

trauma caixa torácica com hipoxemia, apesar da analgesia e suplementação de O2, mas não deve ser usada rotineiramente asma (?) apesar de não existirem estudos que dêem suporte a essa indicação, em situações mas quais o tratamento clínico

tiver iniciado, com o usuário bastante colaborativo e com uma equipe bem familiarizada com o método, este pode ser tentado (preferencialmete num ambiente de UTI).

B) Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica

edema pulmonar cardiogênico

lesão pulmonar aguda, principalmente quando já se tem hipercapnia

C) Desmame

retirada precoce da prótese traqueal

Equipamento/Material

A) Ventilador de Pressão Positiva ou Gerador de Fluxo Contínuo (CPAP)

B) Interfaces Paciente-Ventilador: máscaras faciais e/ou nasais

Técnica

Decisão de intubação oro-traqueal deve ser feita antes de iniciar a ventilação nãoinvasiva (VNI)

Explicar técnicas e vantagens ao usuário

Escolher um ventilador que atenda às necessidades do usuário. Naqueles com represamento de ar (por exemplo DPOC), recomenda-se uso de dois níveis de pressão

Fixar manualmente a máscara inicialmente, deixando no modo assistido. Nas primeiras 24 h, amáscara de escolha deve ser a facial

Ajustar pressão (normalmente < 25 cmH2O de Ppico) e/ou volume corrente (normalmente 8 a 10 mL/Kg)

Quando em pressão de suporte, iniciar com IPAP geralmente de 10 a 15cmH20, e no caso de CPAP 10cmH2O

Ajustar PEEP ou EPAP menor possível, buscando SaO2 > 92% e FIO2<60%. Na DPOC, usar de 5 a 8 cmH2O quando não se disponibiliza da medida do auto-PEEP

Fixar a máscara confortável ao usuário, permitindo vazamentos que não comprometam a eficácia do modo ventilatório utilizado

Ajustar alarmes

Reavaliação clinica e gasométrica constante na primeira hora, vendo especialmente PaCO2 e pH

Utilizar o maior tempo possível, principalmente nas primeiras 24 horas

Falência da VNI

Considera-se como falência:

piora da condição clínica, sem alívio dos sintomas

sem melhora gasométrica, com aumento da PaCO2 e/ou diminuição pH

necessidade de FIO2 > 60%

desenvolvimento de novos sintomas ou complicações como pneumotórax, retenção

secreção, erosão nasal

intolerância ou falência de sincronização com ventilador

deteriorização do estado de consciência

aumento da frequência respiratória

instabilidade hemodinâmica

arritmias graves

isquemia miocárdica

distensão abdominal

Contra-indicações

Absolutas:

trauma face ou cirurgia vias aéreas superiores

instabilidade hemodinâmica e arritmias

angina instável

usuários susceptíveis a vômitos ou com importante distensão abdominal

pneumotórax não tratado

usuário muito secretivo*

gestação

Relativas:

usuário não cooperativo

pós-operatório trato digestivo alto

necessidade de sedação

hipoxemia importante

Complicações

necrose facial

aspiração de conteúdo gástrico e distensão abdominal

hipoxemia transitória

barotrauma

ressecamento nasal, oral e de conjuntiva

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA (SARA) E LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA)

Conceito

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) e a lesão pulmonar aguda (LPA) são condições de espectro e etiologia bastante heterogêneas mas que apresentam como desfecho comum um infiltrado inflamatório pulmonar com alteração da permeabilidade capilar e consequente extravasamento e acúmulo de material proteináceo nos alvéolos com formação de edema pulmonar não hidrostático.

Segundo o consenso europeu/americano adotado atualmente, seu diagnóstico caracteriza-se por:

Instalação Oxigenação RX de Tórax Pwedge

LPA	Aguda	PaO2/FIO2 ≤ 300	Infiltrados bilaterais	≤ 18 mmHg
SARA	Aguda	PaO2/FIO2 ≤ 200	Infiltrados bilaterais	≤ 18 mmHg

Pwedge = pressão de oclusão da artéria pulmonar (<= 18 mmHg e/ou ausência de sinais clínicos de insuficiência ventricular esquerda e/ou ecocardiograma que comprove a ausência de disfunção de ventrículo esquerdo).

Tratamento de SARA/LPA

a) Geral

Poucas terapêuticas se mostraram realmente eficazes:

Identificação precoce, diagnóstico adequado e tratamento específico do(s) fator(es) desencadeante(s) são medidas imprescindíveis.

Apesar de não haver evidências que favoreçam uma oferta de O2(DO2) supranormal, deve-se atentar para a manutenção de uma DO2 adequada, com o controle sendo feito pelos níveis de PvO2 e lactato, além da correção de fatores que causem um aumento do consumo de O2 como febre, dessincronia usuário ventilador,por exemplo.

Deve-se evitar balanços hídricos muito positivos, sendo recomendada a manutenção de uma Pwedge < 16 a 18 mmHg ou a mínima capaz de manter uma DO2 adequada

Ventilação mecânica

Não há até o momento estudos que indiquem diferença entre ventilação controlada a volume ou a pressão. Desta maneira, optamos por usar a seguinte estratégia.

Regulagem do ventilador mecânico na SARA/LPA

Volume corrente: 5-8 ml/Kg,

Frequência respiratória: 12-20 ipm / min

Fluxo inspiratório (em volume controlado): 50-100 L/min

Pico de pressão (em volume controlado): < 35 cmH2O

Pressão de platô < 30 cmH20

PEEP:

Utilizar a técnica da melhor complacência estática (Cest), elevando-se a PEEP de 2 em 2 cmH2O optando pelo último valor de PEEP antes da Cest começar a cair.

Método:

1) Programar o ventilador com os seguintes parâmetros:

Parâmetros ventilatórios
Vt: 4ml/Kg
FR: 10ipm
Pausa insp: 1-1,5s

2) Aumentar a PEEP DE 2 em 2 cm H2O

3) Aguardar 1 minuto em cada patamar de PEEP

4) Anotar a Pplatô no último ciclo de cada patamar durante a pausa inspiratória

5) Calcular a complacência estática para cada nível de PEEP

Complacência estática – Cest = Vc / Pplatô –PEEP

6) A PEEP correspondente à maior complacência será a PEEP ESCOLHIDA. Calcular a complacência estática para cada nível de PEEP

- FiO2: Utilizar a menor para manter uma SatO2>90% com uma PaO2>70mmHg

- Nos casos onde apesar da estratégia usada o usuário ainda apresentar pico de pressão acima dos valores estabelecidos, devemos trocar o modo ventilatório para pressão controlada.

O usuário deve estar sob sedação contínua para se evitar esforços respiratórios, melhorar a interação usuário/ventilador e aumentar a complacência da caixa torácica. Em alguns casos especiais é necessário o uso de bloqueadores neuromusculares para conseguir uma melhor ventilação porém, o uso deve ser criterioso e pelo menor tempo possível para se evitar suas complicações (p. ex.: miopatia).

O uso de volumes correntes baixos pode acarretar um aumento da PaCO2, que deve ser mantida entre 40 e 80 mmHg e controlando-separa que o pH seja maior que 7,2 (hipercapnia permissiva). Casos especiais podem tolerar pH mais baixo, no entanto esta técnica deve ser utilizada com cautela em coronarianos e cardiomiopatias (pelo aumento do trabalho cardíaco) e situações que predisponham a anóxia e /ou edema cerebral.

Nos casos em que os níveis de CO2 encontram-se muito elevados – devemos instalar a insuflação de gás traqueal (TGI),naqueles usuários com valores de PaCO2 > 80 mmHg ou nos casos com contra-indicação relativa ao aumento da PaCO2.

Em casos de hipoxêmia refratária – instituir a posição PRONA

O uso de corticóide está indicado no início da segunda semana, usamos a Metilprednisolona na dose de 2mg/kg, divididos em 3-4 doses/d, durante duas semanas, reduzindo para 1mg/kg na semana seguinte e para 0,5mg/kg na última semana, totalizando 4 semanas de tratamento. Devemos antes de iniciar o tratamento com corticóide afastar quadro infeccioso.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS BRADIASSITMIAS

Classificação

BAV de primeiro grau

Caracteriza-se pelo prolongamento do intervalo PR acima de 0,20 s;

Na maioria das vezes é causado por degeneração idiopática do sistema de condução.

BAV de segundo grau

Caracteriza-se pela falência de condução ventricular de um ou mais estímulos atriais;

O ritmo pode ser descrito pelo número de ondas P relacionadas a um complexo QRS (p.ex. BAV de segundo grau 3:1);

Graus menores de BAV intervalos PR variáveis com progressivo aumento e retorno ao normal após estímulo bloqueado (fenômeno de Wenckebach) = TIPO MOBITZ I (os bloqueios ocorrem acima do feixe de Hiss);

BAV de alto grau (p.ex. 3:1 ou 4:1) -TIPO MOBITZ II. Em geral o impulso conduzido tem um QRS alargado e o sítio de bloqueio é mais baixo (abaixo do nó AV). ECG caracterizado por PR constante com onda P subitamente não conduzida.

BAV de terceiro grau

Também conhecido como BAV total;

Pode ser adquirido ou congênito, sendo que o adquirido em geral ocorre por volta da sétima década, acometendo principalmente homens;

Achado eletrocardiográfico: total dissociação atrioventricular.

Apresentação Clínica

O BAV de primeiro grau em geral não produz sintomas;

BAV de segundo grau: dificilmente produzirá sintomas, entretanto pode progredir para o BAVT, principalmente nos seus graus mais avançados;

Dependendo da frequência do ritmo de escape ventricular, usuários com BAV de terceiro grau podem apresentar fadiga intensa e síncope;

Achados no exame físico: variações na amplitude de pulso e ondas de grande amplitude na pulsação venosa do pescoço (ondas a em canhão – contração atrial contra valva tricúspide fechada).

Abordagem Terapêutica

Pacientes com BAV de primeiro grau e Mobitz I raramente necessitam terapia específica. Deve ser sempre afastada influência de substâncias ou medicamentos que bloqueiem a condução atrio-ventricular que, uma vez suspensos, possam reverter o quadro. Marcapasso permanente é indicado para os BAV Mobitz II e de terceiro grau;

a) Abordagem inicial do usuário:

Acessar vias aéreas

Administrar oxigênio - catéter de O2

Acesso venoso, monitorização cardíaca do ritmo, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva e realizar ECG de 12 derivações;

b) Bradicardia importante (<60bpm) + sinais e sintomas de instabilidade

1. Administrar atropina 0,5 a 1,0mg V em bolus:

Reduz o bloqueio AV devido a hipervagotonia, mas não por isquemia do nó AV;

Mais útil para o BAV na presença de IAM inferior que no IAM anterior;

Não melhorará a condução infra-nodal portanto não melhorará BAV de terceiro grau;

Não é efetiva em corações transplantados

2. Instalar marcapasso transcutâneo, se disponível;

3. Dopamina IV 5 a 20µg/kg/min - para aumento da FC;

c) Ausência de sinais ou sintomas de instabilidade ou após a administração das medicações acima descritas, avaliar ECG:

BAV de segundo grau Mobitz II ou BAVT?

SIM: Preparar usuário para marcapasso transvenoso (considerar o marcapasso transcutâneo como "ponte");

NÃO: observar

Considerações finais:

BAVT como complicação de IAM inferior é geralmente temporário (no máximo até 2 semanas);

Já o BAVT decorrente do IAM anterior usualmente necessita de marcapasso permanente;

O BAVT congênito muitas vezes tem ritmo de escape com frequência ventricular elevada,sem necessitar implante de marcapasso.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS TAQUIARRITMIAS

Introdução

As taquiarritmias cardíacas ocorrem por distúrbios na formação e/ou condução do estímulo cardíaco.

Distúrbios de formação do impulso:

A) Alterações na automaticidade:

I) Normal: frequência elevada de disparos de células automáticas normais (nó AV ou sistema Hiss-Purkinje) devido à isquemia, distúrbios metabólicos ou manipulação farmacológica (p.ex. taquicardia sinusal inapropriada).

II) Anormal: descarga de focos latentes ou ectópicos que assumem o ritmo sob condições de isquemia ou manipulação farmacológica (p.ex. ritmo idioventricular acelerado)

B) Atividade deflagrada (refere-se à atividade de marcapasso de células cardíacas, dependente de oscilações no potencial de membrana):

I) Potenciais precoces: ocorrem antes da repolarização miocárdica – responsável pela formação das arritmias ventriculares da Síndrome do QT longo e "Torsades de pointes", provocadas por antiarrítmicos das classes I e III, descarga simpática e hipóxia

II) Potenciais tardios: ocorrem após a repolarização do tecido cardíaco -taquicardia atrial por atividade deflagrada e arritmias na intoxicação digitálica

Distúrbios de condução do estímulo:

O modelo clássico é o de reentrada, que constitui a maior causa de taquicardia ventricular no Ocidente. Cicatrizes ou isquemia podem produzir regiões no coração que conduzam o estímulo de maneira não homogênea, favorecendo o aparecimento de arritmias.

Abordagem geral das Taquiarritmias

A) Abordagem inicial do usuário: acessar vias aéreas, promover ventilação adequada, checar pulsos, acessar sinais vitais, exame físico, monitorizar ritmo e oximetria de pulso, obter acesso venoso e realizar ECG de 12 derivações;

B) Paciente instável clinicamente (sinais e sintomas importantes decorrentes da alta frequência cardíaca, em geral > 150bpm -hipotensão, sudorese, confusão mental, dor torácica, choque, congestão pulmonar e IAM).

Preparar para cardioversão elétrica imediata;

Deixar preparado: material de intubação e aspiração;

Pré-medicar sempre que possível - analgesia e sedação;

Em geral flutter e TPSV respondem com doses baixas: iniciar com 50J;

Atenção para a necessidade de re-sincronizar após cada choque;

Tratar TV polimórfica como fibrilação ventricular;

C) Paciente clinicamente estável:

Fibrilação atrial/Flutter atrial: seguir modelos de protocolo específicos;

Taquicardia ventricular: seguir protocolo específico;

Taquicardia Supra-Ventricular com complexo QRS estreito: seguir ALGORITIMO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL

Introdução

Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum, ocorrendo em 0,4% a 1,0% da população geral (Na presença de cardiopatia estrutural chega a ser 5 a 10 vezes mais frequente)

A prevalência aumenta com a idade, afetando cerca de 10% da população acima dos 80 anos;

FA crônica apresenta risco para tromboembólismo, principalmente em idosos.

Exames complementares

ECG:

Atividade atrial caótica, ausência de onda P e presença de ondas de fibrilação

Frequência atrial em torno de 400 a 700bpm, com resposta ventricular em torno de 120 a 180bpm, na ausência de tratamento medicamentoso;

Ritmo ventricular irregular.

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

enzimas cardíacas -isquemia;

dímero D / cintilografia V/Q -TEP;

hemograma -infecções associadas;

ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;

Sangue-alterações hidroeletrolíticas (cálcio, fósforo, magnésio e potássio);

Rx de tórax -DPOC;

hormônios tireoideanos, entre outros.

Tratamento

a) Pacientes com instabilidade hemodinâmica:

Proceder a cardioversão elétrica imediata, se duração da arritmia < 48 h.

b) Pacientes estáveis:

Duração da FA < 48 horas, função cardíaca normal:

1. Cardioversão elétrica ou

2. Amiodarona: administrar 150 à 300mg EV em 10 min seguido de 1mg/min em 6 horas e 0,5mg/min após esse período por 18 horas completando as 24h. Manutenção VO 200 a 400mg/dia; ou

3. Procainamida: infusão contínua IV de 20mg/min até supressão da arritmia, aparecimento de hipotensão, aumento da duração do QRS > 50% do basal ou dose total de 17mg/kg. Em situações de emergência uma dose de 50mg/min pode ser administrada até a dose total de 17mg/Kg (evitar no QT prolongado e Torsades de pointes). ou

4. Quinidina -400mg VO, seguido de 200mg VO a cada hora até 5 doses. Administrar digitálico juntamente com a primeira dose.

Duração da FA < 48 horas, FEVE < 40%:

1. Cardioversão elétrica ou

2. Amiodarona IV.

Duração da FA > 48 horas ou desconhecida, função cardíaca normal ou deprimida:

1. NÃO proceder a cardioversão elétrica, a menos que adequadamente anticoagulado (de maneira efetiva por no mínimo de 3 semanas);

2. Anticoagular com warfarina VO por 3 semanas -> proceder cardioversão elétrica -> anticoagular com warfarina por mais 4 semanas; ou

3. Iniciar anticoagulação com heparina IV -> realizar ecocardiograma transesofágico para afastar a presença de trombos intracavitários -> realizar cardioversão elétrica dentro de 24h -> anticoagular por mais 4 semanas.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO FLUTTER ATRIAL

Introdução

É a segunda taquiarritmia atrial mais comum. Corresponde a um ritmo instável que geralmente reverte para ritmo sinusal ou fibrilação (FA) espontaneamente;

Incidência em torno de 0,4 a 1,2%, em ambiente hospitalar;

Significado clínico: geralmente relacionado à sua associação com a FA (com todos os fatores de risco para a FA) ou à sua associação com elevada resposta ventricular.

Comum a associação com outros estados patológicos, como na FA;

Classifica-se em:

1) Típico: o mecanismo de reentrada se dá em um sentido anti-horário dentro do átrio direito (ondas F negativas em D2, D3, AVF);

2) Atípico: reentrada no sentido horário (ondas F positivas em D2,,D3, AVF);

3) Tipo I: pode ser terminado com estímulos rápidos de marcapasso atrial (overdrive suppression) e tem frequência atrial em torno de 240 a 340 bpm, na ausência de drogas;

4) Tipo II: não é terminado por overdrive suppression e tem frequência atrial em torno de 340 a 430 bpm, na ausência de drogas.

Exames complementares

ECG:

Ondas em forma de "dentes de serra", classicamente negativas nas derivações inferiores (típico);

Morfologia, polaridade e duração de ciclos constantes;

Ausência de linha de base isoelétrica;

Resposta ventricular pode ser irregular, devido a graus variáveis de bloqueio atrioventricular (2:1, 4:1, etc...).

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

enzimas cardíacas -isquemia;

dímero D / cintilografia V/Q -TEP;

hemograma -infecções associadas;

ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;

Sangue-alterações hidroeletrolíticas (cálcio, fósforo, magnésio e potássio);

Rx de tórax -DPOC;

hormônios tireoideanos, entre outros.

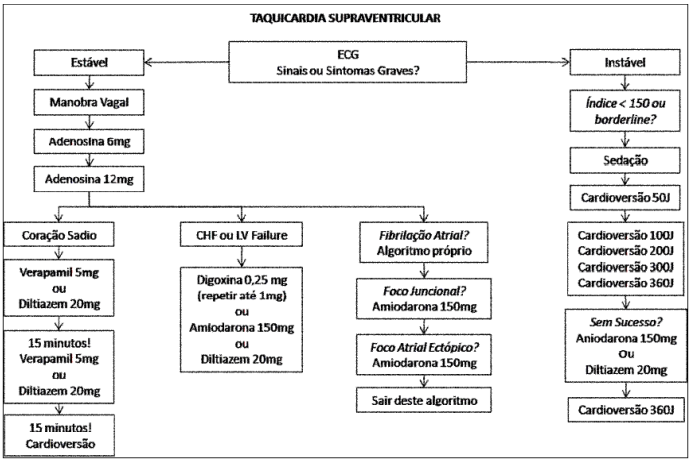
Tratamento

A abordagem terapêutica é muito semelhante à da FA, inclusive com relação às indicações de anticoagulação (vide protocolo de FA);

A cardioversão elétrica, entretanto, é a terapia mais efetiva e preferível para o flutter atrial. O choque deve ser iniciado com baixas correntes (50J) obtendo-se boas taxas de reversão;

Overdrive suppression deve ser considerado como primeira opção para todos os usuários com fios de marcapasso atrial epicárdicos após cirurgia cardíaca. Pacientes com eletrodo esofágico ou marcapasso transvenoso também podem ser submetidos a tal procedimento caso tenham obtido insucesso durante a cardioversão elétrica.

ALGORITIMO PARA TRATAMENTO DAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA

Introdução

A morte súbita cardíaca se dá mais frequentemente em consequência de taquiarritmias ventriculares, chegando a quase 50% dos casos Taquicardia ventricular sustentada é definida como taquiarritmia formada por complexos QRS de origem ventricular, numa frequência > 100 bpm e que dure mais de 30 segundos.

Apresentação clínica

A apresentação clínica pode variar e depende de alguns fatores: estado clínico do usuário, frequência cardíaca e presença de cardiopatia estrutural;

Alguns usuários podem se apresentar sem sintomas;

Outros podem se apresentar com queixas de palpitações taquicardíacas com ou sem sinais de baixo débito cardíaco, síncope e até morte súbita;

É comum a associação de doença isquêmica do coração com taquicardia ventricular na maioria das vezes tem característica polimórfica com intervalo QT normal. Portanto, na presença de TV polimórfica desconfiar sempre de isquemia miocárdica, devendo-se investigá-la e tratá-la;

Tem como característica eletrocardiográfica uma regularidade na frequência e na aparência morfológica. Entretanto, pode se apresentar como polimórfica (p.ex. "Torsades de pointes) e com alguns batimentos de captura e fusão.

Diagnóstico diferencial

A taquicardia ventricular deve ser diferenciada da taquicardia supraventricular com condução aberrante, bloqueio de ramo ou alterações morfológicas do QRS secundárias a alterações metabólicas (p.ex. hipercalemia) ou presença de marcapasso:

Critérios de brugada:

Análise por passos do ECG. Em caso de positividade de UM dos critérios, trata-se de taquicardia ventricular.

1. Ausência de complexos RS de V1 a V6?

2. Intervalo entre início do R e nadir do S > 100ms em 1 derivação precordial?

3. Existe dissociação atrioventricular em qualquer derivação do ECG? (mais complexos QRS que ondas P)

4. Critérios morfológicos concordantes nas derivações V1/V2 e V3?*

* Critérios morfológicos:

Tipo bloqueio de ramo esquerdo:

V1/V2 -entalhe no ramo descendente da onda S?

Início R ao nadir de S > 70ms?

Duração de R > 30ms?

V6-Padrão qR ou qS?

Tipo bloqueio de ramo direito:

V1/V2 -R puro/ monofásico?

Padrão qR ou RS?

V6 -Razão R/S < 1?

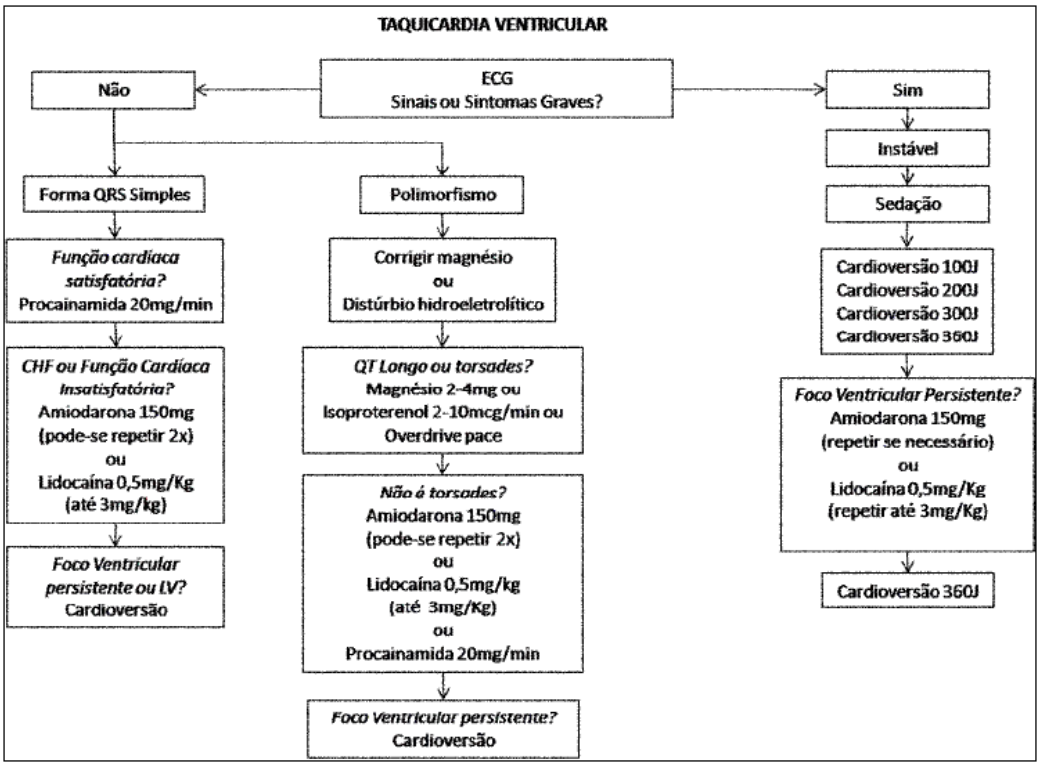
qS ou qR?

Tratamento (Seguir algoritmo)

A) Paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica? Proceder cardioversão elétrica imediata (seguir protocolo de abordagem geral das arritmias);

B) Paciente clinicamente estável -pode ser tentado inicialmente tratamento com medicamentos, de acordo com a função ventricular esquerda do usuário: Seguir algoritmo:

ALGORITIMO PARA TRATAMENTO DAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TORSADES DE POINTES

Introdução

Corresponde a um tipo de taquicardia ventricular polimórfica associada a um intervalo QT longo;

Sua duração é tipicamente curta (menor que 20 segundos), mas pode se sustentar e rapidamente e degenerar para fibrilação ventricular;

Em geral tem uma frequência ventricular irregular > 200bpm e tem uma aparência "ondulada" -os complexos QRS parecem girar sobre um eixo isoelétrico.

Etiologia

O prolongamento do intervalo QT, causa do "Torsades de pointes" pode ser congênito (Síndrome do QT longo) ou adquirido;

As formas adquiridas são, na maioria das vezes, induzidas por drogas. Entretanto, tal arritmia pode ser causada por anormalidades eletrolíticas, hipotireoidismo, eventos cerebrovasculares (hemorragia subaracnóidea), IAM ou isquemia miocárdica, dietas para emagrecimento (jejum prolongado), intoxicação por organofosforados, miocardite, ICC grave e prolapso de valva mitral; As drogas mais comumente implicadas são os antiarrítmicos da classe IA. Os antiarrítmicos classe III (sotalol e amiodarona) também estão implicados; Outras drogas: antidepressivos tricíclicos, haloperidol, antibióticos como eritromicina e outros macrolídeos, anti-histamínicos (principalmente se associados aos macrolídeos), agentes pró-cinéticos como a cisaprida; Bradicardia pode desencadear "Torsades" em usuários com QT longo;

Distúrbios hidroeletrolíticos: hipocalemia é o distúrbio mais associado; hipomagnesemia também está implicada e em geral a arritmia é terminada pela administração de sulfato de magnésio; hipocalcemia também está implicada.

Tratamento

A) Pacientes com arritmia sustentada ou associada com comprometimento hemodinâmico

-Realizar cardioversão elétrica imediata com voltagem inicial de 50 a 100J, progredindo até 360J se necessário;

B) Suspensão de drogas predisponentes;

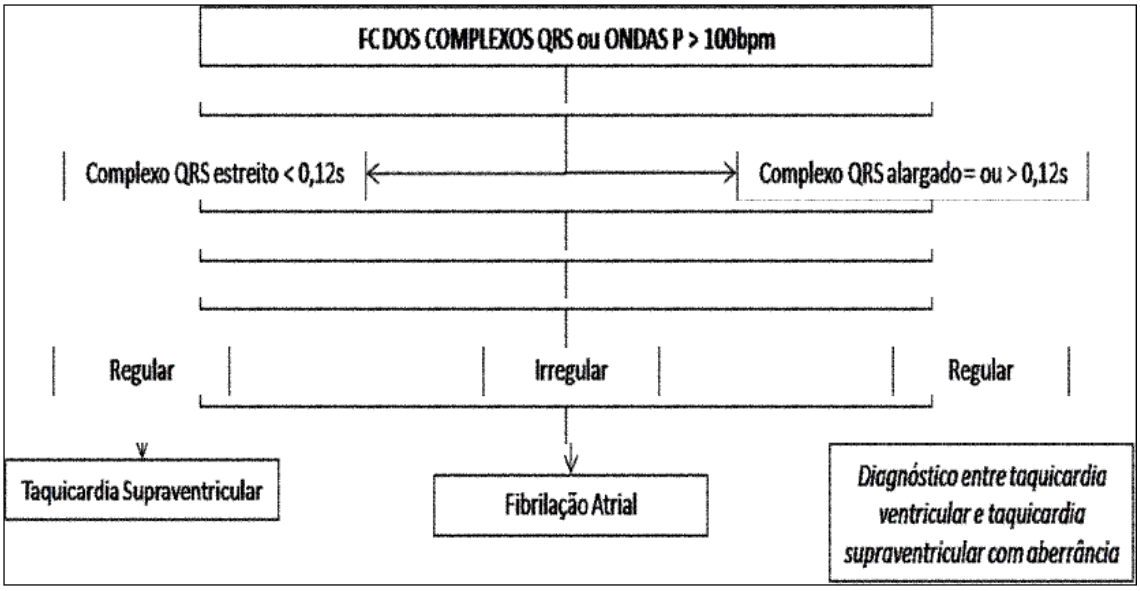
C) Correção dos distúrbios hidroeletrolíticos (hipocalemia, hipomagnesemia e hipocalcemia):Magnésio pode ser dado em bolus IV de 1 a 2g, com dose total de 2 a 4g administrados em um intervalo de 10 a 15 minutos

D) Correção de bradicardia:

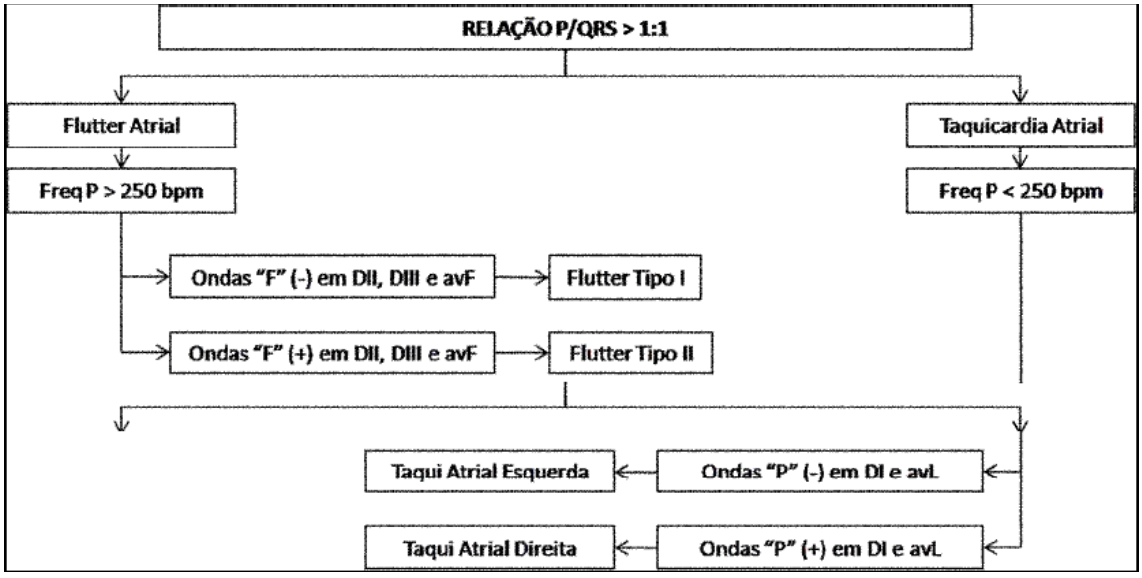
Passagem de marcapasso transvenoso + overdrive suppression (aumento gradual da frequência de estimulação ventricular até término da arritmia) ou

E) Lidocaína -pode ser uma alternativa em alguns casos. Deve ser administrada IV nas doses habituais para o tratamento da TV sustentada.

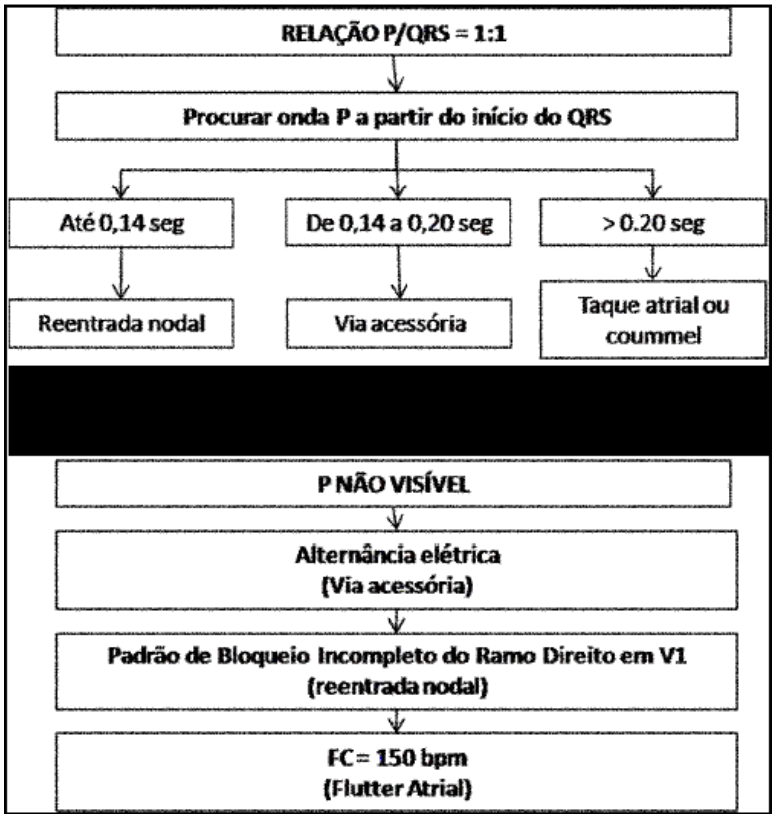
ALGORITMO PARA O DIAGNÓSTICO DAS TAQUIARRITMIAS



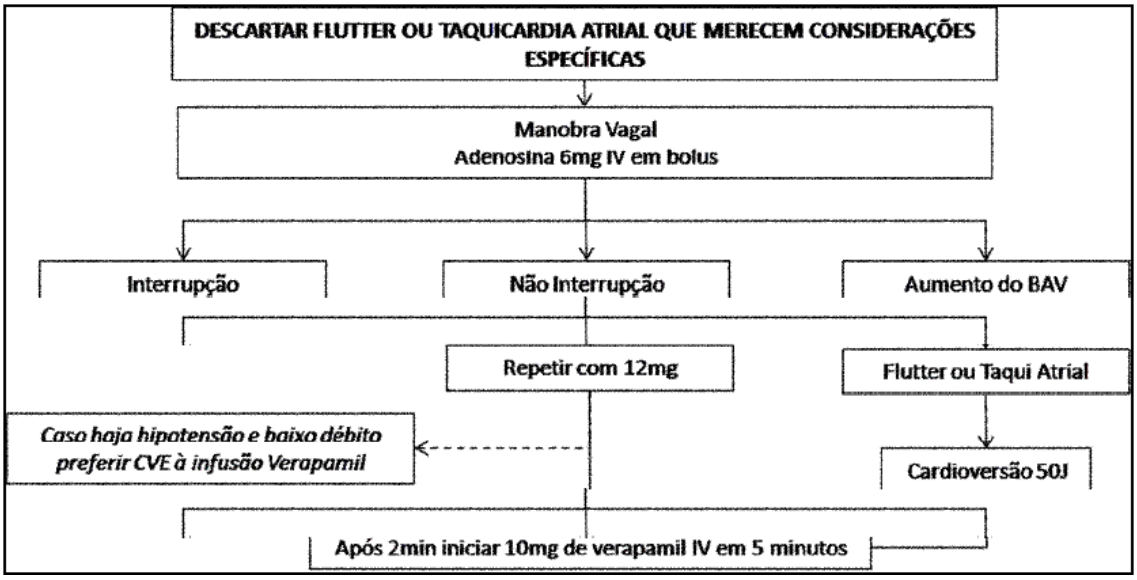
ALGORITMO PARA O DIAGNÓSTICO DAS TAQUIARRITMIAS REGULARES COM COMPLEXO QRS < 0,12 S



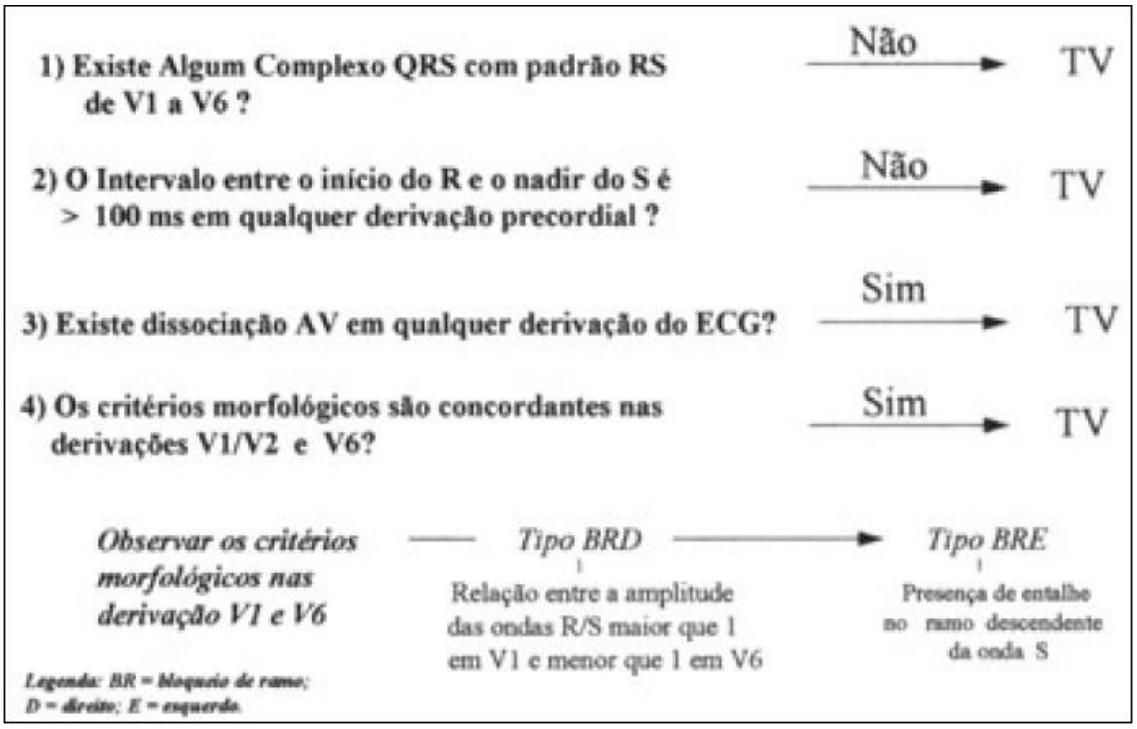
ALGORITMO PARA O DIAGNÓSTICO DO MECANISMO DAS TAQUIARRITMIAS REGULARES COM COMPLEXO QRS < 0,12 S.


RELAÇÃO P/QRS = 1:1
Procurar onda P a partir do início do QRS
Até 0,14 seg
De 0,14 a 0,20 seg
> 0.20 seg
Reentrada nodal
Via acessória
Taque atrial ou coummel
P NÃO VISÍVEL
Alternância elétrica
(Via acessória)
Padrão de Bloqueio Incompleto do Ramo Direito em V1
(reentrada nodal)
FC = 150 bpm
(Flutter Atrial)

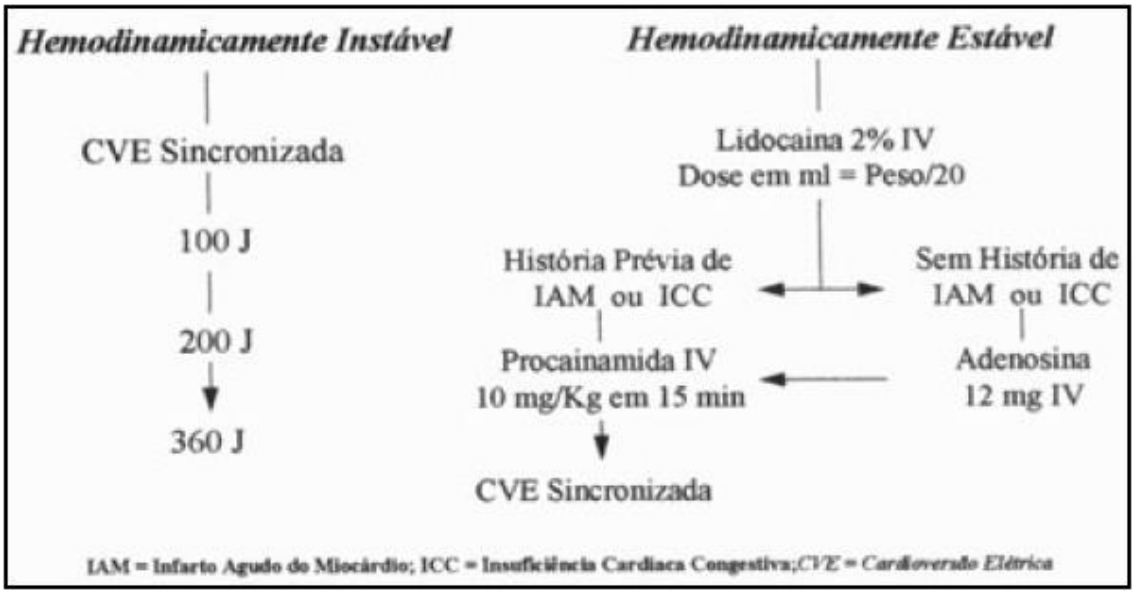
ALGORITMO PARA O TRATAMENTO DAS TAQUICARDIAS REGULARES COM QRS < 0,12 S.



ALGORITMO PARA O DIAGNÓSTICO DAS TAQUICARDIAS REGULARES COM COMPLEXO QRS > 0,12 S



ALGORITMO PARA O TRATAMENTO DAS TAQUICARDIAS REGULARES COM QRS > 0,12 S



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA ANGINA INSTÁVEL (AI) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST

Introdução

Principal causa de internação em unidades de emergência nos Estados Unidos;

Em geral resultam da rotura de placa aterosclerótica e uma sequência eventos que levam à redução do fluxo sanguíneo coronariano e consequente sofrimento miocárdico.

Fazem parte de um espectro da mesma doença cuja diferenciação se faz evolutivamente, a partir da constatação de elevação sérica dos marcadores de necrose miocárdica.

Estratificação clínica de risco

Os usuários que preenchem critérios diagnósticos de AI / IAMSSST devem ser estratificados com relação ao risco de morte e IAM não fatal, com finalidades prognóstica e terapêutica (estratégias diferentes nos diferentes grupos de risco).

Alto risco (presença de pelo menos um dos seguintes):

Sintomas isquêmicos se agravando nas últimas 48h;

Dor em repouso prolongada (>20 min) e contínua;

Edema pulmonar associado à isquemia, sopro de insuficiência mitral agravado ou recente, terceira bulha, estertores, hipotensão, bradicardia ou taquicardia e/ou idade > 75 anos;

Alterações dinâmicas do segmento ST no ECG (>0,05mV), bloqueio de ramo esquerdo recente ou taquicardia ventricular sustentada;

Elevação acentuada dos marcadores de necrose miocárdica

Troponinas (TnT ou TnI > 0,1ng/ml).

Risco intermediário (qualquer um, na ausência dos critérios para alto risco):

IAM ou revascularização miocárdica prévios, doença cerebrovascular ou periférica e/ou uso prévio de AAS;

Angina em repouso (>20min), ausente na apresentação, com probabilidade alta ou moderada de doença coronariana. Angina em repouso (<20min) ou aliviada com repouso ou nitrato SL;

Idade > 70 anos;

Ondas T invertidas no ECG (>0,2mV) e/ou ondas Q patológicas;

Elevação discreta dos marcadores de necrose – troponinas

Troponinas (TnT 0,01-0,1ng/ml).

Baixo risco (qualquer um destes, sem achados de risco alto ou intermediário):

Angina de início recente, classe III ou IV (Canadian Cardiolgy Society), nas últimas duas semanas, sem dor prolongada (>20min) de repouso, mas com probabilidade moderada ou alta de doença coronariana;

ECG normal ou inalterado;

Marcadores de necrose miocárdica negativos.

Abordagem terapêutica

1) ANGINA INSTÀVEL RISCO INTERMEDIÁRIO OU ALTO E IAM SEM SUPRA DE ST:

A) Repouso no leito, sob monitorização contínua do ECG -detecção de isquemia e/ou arritmias;

B) Oxigênio sob a forma de catéter de O2 3l/min, na presença de hipoxemia, para manter SaO2>90%;

C) Nitrato

Inicialmente usar dInitrato de isosorbida 5mg SL

Introduzir Nitroglicerina EV na sequência titulando a dose com os efeitos desejados

D) Sedação e analgesia

Aos usuários com dor isquêmica, refratários à terapêutica. Utilizar sulfato de morfina IV, 1 a 5mg.

Benzodiazepínicos de horário, caso não haja contra-indicação;

E) Betabloqueadores:

Iniciar com betabloqueador EV (na ausência de contra-indicações)

Utilizar metoprolol 5mg IV, sob infusão lenta (1 a 2 min), a cada 5 minutos, até completar dose máxima de 15mg ou efeitos desejados (frequência cardíaca 55 a 60bpm e/ou redução da PAS).

Iniciar atenolol 25-50mg VO a cada 12 horas, 15 minutos após a última administração IV, ou propranolol 20mg VO a cada 8 horas, titulando a dose;

F) Antagonistas dos canais de cálcio

(derivados não-dihidropiridínicos) devem ser administrados na presença de contra-indicações ao uso dos betabloqueadores e na ausência de disfunção grave de ventrículo esquerdo. Utilizar diltiazem 60mg VO três vezes ao dia ou verapamil 80 e 120mg VO 3x ao dia;

G) AAS 200mg VO imediatamente e continuar indefinidamente em dose diária. Em caso de hipersensibilidade ao AAS ou intolerância gastrointestinal maior, utilizar clopidogrel, na dose de 75mg VO, diariamente (atenção: em caso de cirurgia de revascularização miocárdica programada, suspender o uso do clopidogrel 5 a 7 dias antes);

H) Iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular SC (ex: enoxaparina 1mg/kg a cada 12h) ou heparina não fracionada-bolus IV de 5000UI, seguido de 1000UI/h sob infusão contínua com o objetivo de manter valores de TTPA entre 1,5 a 2 vezes o controle laboratorial (50 a 70s);

I) Inibidores da GP IIb/IIIa

Estão indicados na ausência de contra-indicações e nos usuários de alto risco. O tirofiban deve ser administrado IV na dose de 0,4mg/kg/min por 30 minutos, seguida de infusão contínua de 0,1mg/kg/min por 48h a 96h

Concomitante ao uso dos inibidores da GPIIb/IIIa, preferir a heparina não fracionada;

O abciximab só deverá ser utilizado como pré-tratamento para intervenção coronariana percutânea ou quando iniciado na sala da hemodinâmica;

J) Indicações de cateterismo de emergência: isquemia persistente e/ou instabilidade hemodinâmica.

A estratégia invasiva precoce (cateterismo nas primeiras 24 a 48h) deve ser considerada nos usuários com qualquer um dos indicadores de alto risco: isquemia recorrente, marcadores de necrose elevados, instabilidade clínica, taquicardia ventricular sustentada, revascularização miocárdica prévia ou angioplastia percutânea nos últimos 6 meses.

2) AI RISCO BAIXO:

Investigação através de testes não-invasivos desencadeadores de isquemia -não necessitam de Terapia Intensiva.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO CHOQUE CARDIOGÊNICO

Introdução

Corresponde a uma das mais graves complicações do IAM, com uma incidência aproximada de 6 a 7%;

A síndrome do choque cardiogênico é definida como incapacidade do coração em manter fluxo sanguíneo adequado aos tecidos, resultando em deficiência metabólica, mesmo em repouso, com consequente hipóxia tissular na presença de adequado volume intravascular;

Hemodinamicamente traduz-se por alguns parâmetros:

1) Pressão arterial sistólica baixa (<90mmHg ou valor 30mmHg abaixo do valor basal por um período mínimo de 30 minutos);

2) Diferença arteriovenosa de oxigênio elevada (>6ml/dl);

3) Queda do índice cardíaco (<2,2 l/min/m2).

Exames

Solicitar além da rotina laboratorial, a dosagem de lactato arterial e gasometria venosa central diariamente.

ECG diário

Ecocardiograma deve ser solicitado nas primeiras 24h do choque

Tratamento

Abordagem terapêutica inicial

Monitorizar o ritmo cardíaco, oximetria de pulso, obter acesso venoso (na emergência dar preferência a um acesso periférico, devendo ser trocado por um acesso central assim que a compensação inicial seja alcançada).

Administrar O2: manter SO2 > 90%.

Atentar para necessidade de intubação traqueal e necessidade de ventilação mecânica.

Monitorização hemodinâmica com cateter de Swan-Ganz, se possível.

Ausência de congestão pulmonar clínica

Considerar a administração de volume - utilizar solução salina isotônica, com quantidade e velocidade de infusão de acordo com os parâmetros clínicos (ausculta pulmonar, saturação de oxigênio no sangue periférico). Avaliar as alterações no débito cardíaco no caso de monitorização hemodinâmica.

Presença de sinais e sintomas de choque

PAS < 70mmHg: Iniciar Noradrenalina em infusão IV contínua, titulando a dose, de acordo com resposta clínica.

PAS > 70 mmHg e < 90mmHg:

Dobutamina – IV contínua na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

Ausência de sinais e sintomas de choque PAS > 90mmHg:

Iniciar com Dobutamina na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

Presença de congestão pulmonar clínica

PAS < 70mmHg - Iniciar Noradrenalina IV, contínua, titulando a dose, de acordo com resposta clínica;

PAS > 70 e < 90mmHg - Dobutamina – IV contínua na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

PAS > 90mmHg - Iniciar Dobutamina IV, contínua, na dose de 5 a 20 µg/kg/min

Após estabilização da pressão arterial

Avaliar início do tratamento para disfunção ventricular esquerda

Guiar o tratamento baseado nas medidas do cateter de Swan-Ganz, avaliando principalmente as variáveis respiratórias

Discutir a possibilidade de uso de Levosinmendan.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) COM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST

O IAM é a principal causa de mortes no mundo Ocidental apesar dos avanços em seu tratamento (Unidades Coronarianas e trombólise). Atualmente apresenta taxa de mortalidade em torno de 8 a 10%;

É importante o rápido reconhecimento clínico desta entidade, com os seguintes objetivos:

1) Reduzir a necrose miocárdica;

2) Prevenir eventos cardíacos maiores (morte, IAM não fatal e necessidade de revascularizações miocárdicas de urgência);

3) Tratamento adequado da fibrilação ventricular - principal responsável pela mortalidade nas primeiras horas do IAM.

Diagnóstico diferencial

Pericardite (a dor se modifica com a postura, ECG com alterações difusas da repolarização ventricular);

Miocardite (início mais insidioso e geralmente associada a uma síndrome viral);

Dissecção aguda de aorta (dor muito intensa com irradiação para o dorso, assimetria de pulsos periféricos. Atenção: extensão proximal da dissecção no óstio da coronária pode levar a IAM concomitante, particularmente de parede inferior);

Tromboembolismo pulmonar (dispneia súbita associada à dor torácica, sem evidência de congestão pulmonar);

Doenças do trato gastrointestinal (úlcera perfurada, p.ex.).

Exames Complementares

ECG (critérios diagnósticos)

Supradesnivelamento do segmento ST > 1mm em duas ou mais derivações que explorem a mesma parede com infradesnivelamento do ST em parede contralateral;

Bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo;

Marcadores bioquímicos de Necrose Miocárdica (CK-MB ou troponina):

Obs.: Não se justifica as dosagens de TGO e DHL

Colher na internação e após de 6/6 horas nas primeiras 48h e diariamente até a alta da UTI.

Curva característica de elevação e descenso caracterizam o IAM;

RX de tórax:

Diagnóstico diferencial (p.ex. alargamento de mediastino);

Ecocardiograma:

Deverá ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 24-48h do IAM;

Na fase aguda poderá auxiliar no diagnóstico em casos duvidosos (p.ex. BRE de início indeterminado, para avaliar alteração de contração segmentar);

Outros exames:

Bioquímica completa (função renal) e hemograma.

Tratamento

• Tratamento geral imediato:

A) História clínica dirigida incluindo possíveis contra-indicações para trombólise, sinais vitais e exame físico;

B) Repouso absoluto, monitorização cardíaca, acesso venoso periférico calibroso;

C) ECG de 12 derivações:

ECG seriados serão necessários, após término da trombólise,mudança nos sintomas ou arritmias detectadas na monitorização;

IAM inferior: realizar derivações direitas (V3R e V4R) para afastar IAM de VD e derivações dorsais (V7 e V8);

D) Oxigênio: administrar a todos os usuários -catéter nasal a 3l/min nas primeiras 6h. Continuar o uso em caso de hipoxemia (SaO2<90%);

E) AAS -200 a 300mg macerados VO

F) Nitrato -Dinitrato de isosorbida SL(5mg) ou nitroglicerina spray (0,4mg). Seguir com uso de nitroglicerina EV,salvo contra-indicações (IAM de VD com hipotensão);

G) Morfina -1 a 3mg IV para alívio da dor e consequente diminuição.

Atenção aos efeitos colaterais (hipotensão e rebaixamento do nível de consciência);

Reperfusão indicada?

Duração dos sintomas > 20min e < 12horas

Critérios diagnósticos do ECG preenchidos;

Ausência de contra-indicações;

Impossibilidade de realização de Angioplastia primária em 90 minutos.

H) Trombólise:

Administrar estreptoquinase 1500000 UI, diluída em 100ml de SF0.9%, IV, em 1 hora. Em caso de hipotensão, diminuir a velocidade de infusão, adotar posição de Trendelenburg, infundir SF0.9% 500ml EV(cuidado se congestão presente) e considerar drogas vasoativas.

Indicação de cateterismo de emergência?

Contra-indicação ao uso de trombolíticos?

Instabilidade hemodinâmica ou elétrica;

Dissecção de Ao + IAM;;

Falência da terapia trombolítica (resgate).

Critérios de reperfusão após trombólise:

Redução do supra de ST >50% em relação ao ECG de entrada até 60minutos após término da trombólise;

Melhora total da dor após início da trombólise;

Pico de CKMB precoce (até 12h da primeira medida -início da infusão do trombolítico);

Arritmias de reperfusão (ritmo idioventricular acelerado, bradiarritmias com FC<55bpm e aparecimento de BAV na ausência de beta-bloqueadores);

Tratamento adjuvante:

A) Heparina

Manter o uso de HBPM ou Heparina não fracionada para todos os usuários, salvo a presença de contra-indicações:

Liquemine: 5000U 8/8h ou Enoxaparina: 40mg 1x/d. Dar preferência pelo liquemine por questões de custo.

Nos casos de infarto anterior extenso e presença de angina pós –IAM, DEVEMOS INICIAR HEPARINIZAÇÃO PLENA.

Iniciar com heparina EV contínua com controle do TTPa 3x/dia, mantendo sua relação entre 1,5-2,5x o valor normal.

Diluição da heparina: heparina 25000unidades + SF0,9% 245ml (solução: 1ml: 100 unidades).

Iniciar com 1000 unidades / hora – titular de acordo com o TTPa.

B) Beta-bloqueadores

Manter FC entre 55 e 60bpm. Infusão de metoprolol IV 5mg a cada 5 minutos (dose máxima de 15mg).

Em seguida qualquer dos beta-bloqueadores orais disponíveis pode ser utilizado, no sentido de manter a frequência cardíaca do usuário < ou = a 60 bpm

Iniciar com Atenolol 50mg VO 12/12h ou Propranolol 20mg VO 8/8h, aumentar a dose conforme necessidade.

C) Antagonistas dos canais de Cálcio

Utilizar Diltiazem nos usuários com contra-indicação ao uso dos beta-bloqueadores, desde que não exista disfunção ventricular esquerda.

Iniciar com Diltiazen 30mg VO 8/8h

D) Inibidores da ECA

Iniciar de rotina em todos os usuários

Iniciar com Captopril 25mg VO 12/12h ou Enalapril 10mg VO 1x/dia

E) Proteção da mucosa gástrica

Usar ranitidina 50mg EV 12/12h

Iniciar ranitidina 300mg VO à noite, assim que possível.

F) Medidas de suporte clínico.

PROTOCOLO PARA O USO DO MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO TEMPORÁRIO E MARCA PASSO TRANSVENOSO

Marcapasso Transcutâneo

Indicações

Bradicardias com prejuízo hemodinâmico sem resposta à abordagem farmacológica

BAV 2º grau MOBITZ II

BAVT

Materiais

Eletrodos nas pás

Gerador de pulso

Conectores das derivações

Sedativos e Analgésicos

Suplementação de oxigênio

Oximetria de pulso

Monitor de ECG

Acesso Venoso

Material de Reanimação

Técnica

Reconhecer o ritmo cardíaco e avaliar a gravidade

Preparar e informar o usuário

Acesso venoso

Administrar oxigênio

Instalar os monitores de ECG e Oximetria

Instalar os eletrodos:

Anterior - à esquerda, próximo ao ictus cordis

Posterior-atrás do anterior à esquerda da coluna torácica

Conectar os eletrodos ao gerador de pulso

Ajustar a frequência para 60 a 100 batimentos por minuto

Ajustar a potência entre 20 a 200 joules

Aferir a eficácia através da palpação do pulso ou da medida da pressão arterial

Sedação e Analgesia

Providenciar a instalação de marca-passo transvenoso

Complicações

Contração muscular esquelética dolorosa

MARCA PASSO TRANSVENOSO

Indicações

1-Bradiarritmias com prejuízo hemodinâmico

Bradicardia Sinusal

Bloqueio Átrio-Ventricular(BAV) do1º grau

BAV do 2º grau

BAV Total

2-Bradiarritmias sem prejuízo hemodinâmico

BAV do 2 º grau tipo II

BAV Total

Técnica

Informe o usuário

Aplique oxigênio, monitorize a oximetria e o ECG

Lavagem cuidadosa das mãos

Paramentação Cirúrgica: gorro e máscara. Avental e luvas estéreis.

Limpeza da pele da região da punção

Assepsia com álcool iodado ou PVPI

Infiltração do sítio da punção com lidocaína a 2%

Punção da Veia -jugular interna ou subclávia

Introdução do guia metálico flexível em J

Retirada cuidadosa da agulha de punção, conservando o guia

Pequena incisão, com bisturi, na pele junto ao sítio de entrada do guia

Colocação do introdutor, através do guia, no local da incisão

Retirada cuidadosa do guia, conservando o introdutor

Colocação do eletrodo através do introdutor

Monitorização do ECG através do eletrodo até se obter a morfologia de bloqueio completo do ramo esquerdo

Fixar o eletrodo

Aferir a localização do eletrodo através do RX de Tórax

Quando o eletrodo está bem posicionado, a geração de corrente com baixa amperagem é suficiente para estimular o miocárdio.

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA HIPERGLICEMIA NA UT

1) Pacientes Instáveis – em uso de drogas vasoativas em qualquer dose. Iniciar bomba de insulina em infusão contínua

Diluição: Insulina R 100 UI / Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

a) >220 mg/dl - iniciar 4UI/h

b) 150-220 mg/dl - iniciar 2UI/h

Fazer dxt 1/1h até estabilização da glicemia capilar nos níveis desejados: entre 60 – 150 mg/dl

Após estabilização dos níveis glicêmicos: fazer dxt 2/2h.

Seguir o seguinte esquema quando estiver com a bomba de insulina.

>180 mg/dl - aumentar 2 UI

150-180 mg/dl - aumentar 1UI

150-120 mg/dl - manter dose

120-80 mg/dl - reduzir 2 UI

Queda>50% em relação ao dextro anterior - reduzir dose em 50%

60-80 mg/dl – suspender bomba de insulina

< 60 mg/dl - suspender insulina + 20ml G50%, repetir o dextro em 1 hora.

2) Pacientes estáveis – sem uso de drogas vasoativas: Realizar dxt 4/4h – avisar se dextro < 60 mg/dl ou seguir o protocolo se > 150 mg/dl se >150;

a) 150-200 mg/dl: 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

b) 200-250 mg/dl: 0,15 UI/kg sc repetir dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor - iniciar bomba de infusão.

Se 150-200 mg/dl: 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

c) >250 mg/dl : 0,20 UI/kg sc repetir dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor -iniciar bomba de infusão.

E 200-250 mg/dl: 0,15UI/kg sc repetir dxt em 2h

Se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h,se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

Se 150-200 mg/dl: 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h, se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h, se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

3) Nos casos em que o usuário já esteja recebendo insulina NPH, só devemos ligar a bomba de insulina, caso o usuário venha instabilizar, caso contrário devemos usar insulina R sc conforme o dextro e ajustar a dose de insulina NPH.

PROTOCOLO PARA USO DE CORTICÓIDE NO CHOQUE SÉPTICO

Pacientes instáveis, em uso de qualquer droga vasoativa com intuito de aumentar a pressão arterial.

Introduzir: Esquema padrão

Hidrocortisona 50mg EV 8/8h manter dose por 5 dias;

Hidrocortisona 50mg EV 12/12h manter dose por 3 dias;

Hidrocortisona 50mg EV 24/24h manter dose por 3 dias;

Suspender após.

ATENÇÃO:

A dose do corticóide só deve ser reduzida se o usuário estiver sem drogas vasoativas.

Caso o usuário apresente novo choque devemos retornar com a dose máxima.

Gastroenterologia - Nutrição

Objetivos da Terapia Nutricional: Sustentar de maneira adequada o processo metabólico desencadeado pela injúria aguda, tentando prover substratos energéticos e proteicos em quantidade e qualidade adequadas, sem criar ou acentuar os distúrbios metabólicos típicos dessa resposta.

Necessidades energéticas: -21 a 30 kcal/kg/dia

-Quanto mais grave, mais próximo a 21kcal/kg/dia. Quando usuário inicia a recuperação, paralela e progressivamente aumentamos as kcal diárias até 35kcal/kg/d.

Necessidades proteicas: -1 a 1,5 g/kg/dia

- Kcal não prot: g N* = 80 a 100:1

- Quanto mais grave, mais próximo a 1,5 g/kg/d e mais próximo a 80:1

-A presença de IRA ou IRC agudizada não muda esta indicação.

* Como calcular: -g Ni = g proteínas ofertadas / 6,25

- Kcal não proteicas = kcal total – kcal na forma de proteínas

-1g proteínas = 4kcal.

Vias de administração: Sempre a prioridade será a via enteral. A via parenteral deverá ser utilizada somente quando houver contra-indicação para a via enteral, ou houver intolerância à Nutrição Enteral (diarréia, gastroparesia, distensão).

Quando iniciar Terapia Nutricional (NP ou NE): O mais precoce possível, assim que os parâmetros hemodinâmicos estiverem adequados, dentro dos limites definidos como ideais pela literatura (PAM > 70, sem evidências de hipoperfusão tecidual), sem distúrbios ácido-base e eletrolíticos importantes.

Deverá ser realizado somente nos usuários em recuperação, sem evidência de inflamação ativa, para que tenha real valor enquanto parâmetro para o ajuste do aporte calórico-protéico. Do contrário, só será marcador de gravidade da resposta metabólica.

Nutrição enteral:

A fórmula de Nutrição Enteral atualmente padronizada no Hospital é:

	Kcal/ml	**% proteínas**
Hiperdiet STD	1,0	16%

Sistema de Infusão padronizado:

Sistema fechado, em infusão contínua.

Horários de administração:

Os horários padronizados pela SND para infusão das dietas são:

O horário de infusão será nas 24h, logo o volume infundido deverá ser dividido neste período.

Controle do resíduo gástrico:

Indicado para todos os usuários críticos em Nutrição Enteral;

Objetivo: identificar resíduos gástricos elevados, que possam predispor à broncoaspiração.

-Antes de iniciar a infusão de cada dieta, aspirar conteúdo gástrico:

Se resíduo < 200ml, reinfundir o volume aspirado e administrar a dieta conforme rotina do serviço;

Se resíduo > 200ml, suspender o horário da dieta e manter a sonda fechada. Rever em duas horas, se o resíduo diminuir introduzir a dieta, se não repetir o procedimento.

Somente manter sonda aberta se resíduo gástrico > 500ml, se houver distensão abdominal;

Manter cabeceira elevada entre 30 e 45º sempre.

Diarréia:

Definição: > 3 episódios de evacuações líquidas ou semilíquidas volumosas ao dia.

Condutas: 1. Discutir fórmula em uso com a equipe de suporte nutricional;

2. Diminuir temporariamente o aporte programado em 25 a 50%;

3. Colher exames das fezes (protoparasitológico, a fresco de fezes, coprocultura) se a diarréia persistir além de 24h apesar das medidas instituídas;

4. Considerar uso de fibras solúveis, 20g ao dia.

5. Avalie abdome à procura de outros sinais de intolerância: distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal, resíduo gástrico elevado.

Observação: diante de 1 (UMA) evacuação líquida, mesmo que em grande quantidade, não suspender a dieta; solicitar a infusão mais lenta dos volumes, preferencialmente em bomba de infusão. Avaliar a hemodinâmica (primeiro sítio a sofrer diminuição da perfusão nos períodos iniciais de choque é o mesentérico) e o abdome do usuário (distensão, resíduo gástrico elevado, irritação peritoneal).

Orientações gerais:

1. Iniciar com a fórmula, com um volume de 100ml, conforme esquema abaixo:

Dia 1	**Dia 2**	**Dia 3**	**Dia 3 – D...**
20ml/h	40ml/h	60ml/h	60ml/h

2. Indicações de dieta oligomérica: tempo prolongado de jejum, distúrbio absorção, fístula bilio-pancreática, pancreatite aguda, intolerância à dieta polimérica.

3. Sempre discutir a conduta do dia com rotina da unidade. Para que os objetivos nutricionais sejam cumpridos, é imprescindível a participação de todos os profissionais envolvidos.

4. A sonda preferencialmente deve ser a de “Dubohoff”, e não a de Levine (“nasogástrica”).

5. Considere que toda sonda está em posição gástrica, exigindo os cuidados necessários para evitar regurgitação e broncoaspiração: manter sempre cabeceira elevada, verificar resíduo gástrico rotineiramente, evitar manobras de fisioterapia durante e logo após a infusão da dieta.

6. Atenção à fixação da sonda: evite ocorrência de necrose de asa do nariz, fixando a sonda sem estrangulá-la.

7. Pacientes em Insuficiência Renal Aguda ou Crônica Agudizada não são candidatos à restrição proteica oferecidas pelas fórmulas desenhadas para “insuficiência renal crônica”, que visam os usuários crônicos, não hipermetabólicos.

8. Pacientes com hepatopatia crônica só devem ser submetidos à restrição proteica se estiverem em encefalopatia.

9. Pacientes instáveis não devem receber Terapia Nutricional, especialmente a enteral, pelo risco de aumentar o dano isquêmico à mucosa intestinal hipoperfundida. Lembrar de suspender a prescrição diante de um novo choque não compensado.

Nutrição Parenteral:

As fórmulas de Nutrição Parenteral atualmente padronizadas no Hospital são fornecidas por serviço terceirizado, que disponibiliza 09 formulações para diferentes situações clínicas. Dentre elas, as que mais se enquadram para prescrição para usuários graves, tendo em vistas as recomendações da literatura, estão descritas abaixo, de forma prática e objetiva.

	NP03*	**NPO2***
Glicose (g)	220	220
Aminoácidos (g)	40	40
Lipídeos (g)	40	20
Kcal totais	1148	948
Kcal não prot : gNi	179:1	148:1
Volume (ml)	1100	1000

* (conteúdo de 1 bolsa)

Indicações:

Quando a via enteral não puder ser utilizada (contra-indicações formais para o uso do trato gastro-intestinal), ou não estiver tolerante à infusão plena das necessidades energético-proteicas definidas (distensão, diarréia, gastroparesia).

Vias de infusão: Acesso periférico:

Tem uso restrito no usuário grave, pois o edema que acompanha os estados críticos dificulta a manutenção de um acesso periférico, e além disso, o conteúdo energéticoprotéico dessas fórmulas, que não devem ter mais que 900mOsm, não atende às demandas metabólicas do usuário grave. Sua indicação deve ser avaliada à luz desses dois fatores limitantes. Opção para ser utilizada em associação à Nutrição Enteral em casos selecionados.

Vias de infusão: Acesso central:

O mais frequentemente utilizado. Por ter a extremidade distal localizada na veia cava, uma veia calibrosa e de alto fluxo, permite infusão de soluções hipertônicas contendo as necessidades adequadas de macronutrientes, com riscos de lesão endotelial e trombose venosa minimizados. Nos cateteres de dupla via, infundir pela via distal preferencialmente.

Complicações principais:

1. Relacionadas ao procedimento de punção venosa central: Hemo/pneumotórax, punção arterial, lesão ducto torácico/quilotórax, entre outros.

2. Relacionadas à permanência do cateter: infecção relacionada a cateter, trombose/síndrome da veia cava superior.

3. Relacionados ao TGI: colecistite alitiásica, esteatose hepática, atrofia da mucosa intestinal com compromento da barreira intestinal, translocação bacteriana.

Orientações gerais:

1. No primeiro dia, iniciar com metade da dose planejada (ou seja, 1 "bolsa");

2. No segundo dia, conforme tolerância (níveis glicêmicos) e estado hemodinâmico, progredir para "2 bolsas";

3. Suplementação de Vitamina K, 5mg, 2x por semana, preferencialmente intramuscular se não houver coagulopatia/plaquetopenia.

4. Ao definir a fórmula a ser utilizada, leve em consideração o peso do usuário, os níveis glicêmicos, e a taxa máxima de oxidação da glicose (TMOG), que é 5mg/kg/min. Para determinar a VIG (Velocidade de Infusão de Glicose, que não deve ser maior que a TMOG), dividir o conteúdo de glicose da solução em mg pelo peso do usuário, por 24 (período de infusão), por 60 (min).

5. Se usuário evolui com hiperglicemia de difícil controle, avaliar redução temporária do aporte calórico (se infusão de glicose ultrapassar 50ml/h).

6. É obrigatório o uso de via exclusiva para infusão da Nutrição Parenteral.

7. É contra-indicado o uso de "torneirinhas" na via de administração da Nutrição Parenteral.

8. Valem as mesmas regras já estabelecidas nas Unidades para passagem de cateter central quanto ao rigor asséptico e necessidade de paramentação cirúrgica.

9. O acesso deve ser definido julgando os riscos envolvidos, e a experiência pessoal do profissional. Embora o acesso pela v. subclávia resulte em menor risco de complicações infecciosas, pode não ser o acesso adequado em situações de coagulopatia, ou de inexperiência do operador.

10. Avaliar diariamente a inserção do intracath à procura de sinais de infecção.

11. Lembre-se sempre de tentar utilizar a via enteral assim que for possível, não perdendo a oportunidade de colocar isto em discussão.

12. Não é adequado interromper a infusão da NP; o ideal é que a bolsa acompanhe o usuário nos exames e cirurgias. Quando isto não for possível, garanta que haja aporte adequado de glicose, para evitar hipoglicemia. Mantenha sempre SG 10%, 40ml/h, nessas ocasiões.

13. O "desmame" da Nutrição Parenteral deve ser avaliado individualmente. Como regra geral, podemos estabelecer que no momento em que 50% das necessidades energético-proteicas tiverem sido supridas satisfatoriamente pela via enteral, podemos então diminuir o aporte parenteral para "1 bolsa". Quando o próximo aumento da Nutrição enteral seja para atingir 100%, suspenderemos a Nutrição Parenteral.

14. Eventualmente, alguns usuários necessitarão fórmula individualizada. Esses casos deverão ser avaliados e discutidos com a coordenação.

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Definição

Disfunção do sistema nervoso central, potencialmente reversível, devida a insuficiência hepática que pode instalar-se nas falências agudas ou crônicas.

Fisiopatologia

Substâncias nitrogenadas provenientes do intestino, atuam de modo adverso nas funções cerebrais. Estes componentes que chegam a circulação sistêmica como resultado de diminuição da função hepática ou "shunts" porto sistêmicos, ao atingirem o cérebro modificam os neurotransmissores, responsáveis pela consciência e comportamento.

A amônia, principal substância relacionada à patogênese da encefalopatia hepática, é liberada por rins e músculos, alcançando níveis maiores na veia porta. Em hepatites agudas fulminantes, níveis de amônia sérica maiores que 200mcg/dL tem sido associada a risco elevado de herniação cerebral. Não há correlação entre a amônia sérica e o nível de consciência, porém a amonemia se correlaciona bem com o nível de amônia no líquor.

Diagnóstico Diferencial

Desordens metabólicos

Infecções

Doenças vasculares cerebrais

Lesões cerebrais com efeito de massa

Exames diagnósticos

Eletroencefalograma

Imagem – RX de tórax e USG de fígado e vias biliares

Punção lombar (quando a sintomatologia sugere irritação meníngea)

Amonemia (útil na avaliação inicial se existe dúvida quanto a presença

Realizar paracentese abdominal para afastar PBE

Tratamento

Dieta hipoprotêica 0,8-1,0g kg/dia

Observação rigorosa do nível de consciência para indicação da dieta enteral

Lactulona 20-50ml 3-6x/dia para apresentar de 3-4 evacuações ao dia

Infeções (peritonite espontânea, pneumonia) devem ser tratadas sempre que presentes. Iniciar ceftriaxone 2g 24/24h

O uso de enemas pode ser realizado em fases iniciais do quadro principalmente quando a descompensação estiver relacionada com quadro de hemorragia digestiva.

O uso de neomicina 2-4g/d e/ou metronidazol 500mg 2x/d, deve ser iniciada nos usuários que não responderam a terapêutica inicial.

Suplementação de Zinco

Considerar o uso de aminoácidos de cadeia ramificada no hepatopata crônico que aumenta a tolerância a proteína

Evitar o uso de benzodiazepínicos

Correção dos distúrbios hidroelétroliticos

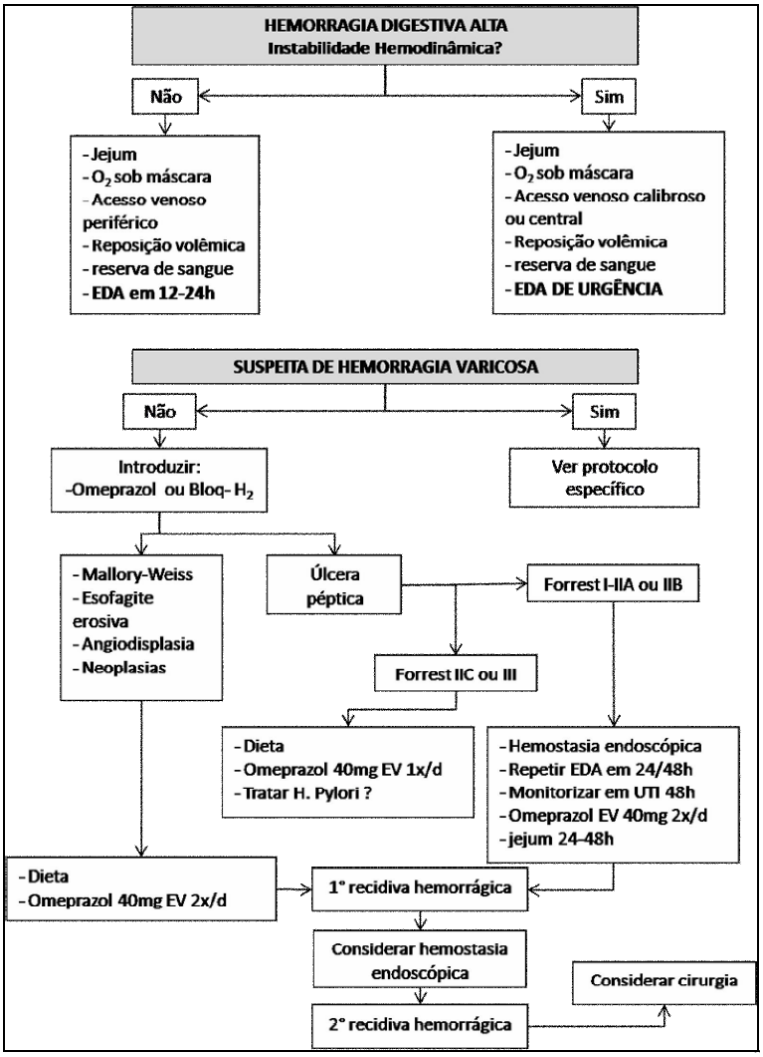
O uso da albumina está indicado quando, albumina sérica < 2,0g/dl

Se apresentar distúrbio da coagulação repor plasma fresco 15-20ml/kg.

O uso da vitamina K deve ser realizado nos casos de alteração importante da atividade da protombina.

Observação rigorosa do nível de consciência. IOT se necessário.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO-VARICOSO



Classificação de Forrest		Prevalência	Recidiva hemorrágica
IA	Sangramento em Jato	18%	55% (17%-100%)
IB	Sangramento em babação		
IIA	Vaso visível	17%	43%(0%-81%)
IIB	Coágulo aderido		22%(14%-36%)
IIC	Lesão pigmentada plana	20%	10%(0%-13%)
III	Base limpa	42%	5%(0%-10%)

PROTOCOLO PARA O USO DE HEPARINA

Esquema de anticoagulação venosa:

-Solução:

Heparina 25000UI + SF 0,9% 245ml = 1ml: 100UI

Dose inicial ----------80UI/Kg em bolus e 18UI/Kg/h

TTPA <35´´(< 1,2x controle)----------80UI/Kg em bolus e aumentar 4UI/Kg/h

TTPA 35-45´´(1,2-1,5x controle)----------40UI/Kg em bolus e aumentar 2UI/Kg/h

TTPA 46-70´´(1,5-2,3x controle)----------manter!

TTPA 71-90´´(2,3-3,0x controle)----------reduzir 2UI/Kg/h

TTPA >90´´(>3,0x controle)----------suspender infusão por 1h e após, reduzir 3UI/Kg/h

**Redraw from: Raschke, RA; Reilly, BM; Guidry, JR, et al. Ann Intern Med 1993; 119-874.

ATENÇÃO: Realizar dosagem do TTPa DE 6/6h enquanto estiver com heparinização por via IV

Esquema de anticoagulação subcutânea:

-Enoxaparina: 1mg/kg 2x/dia

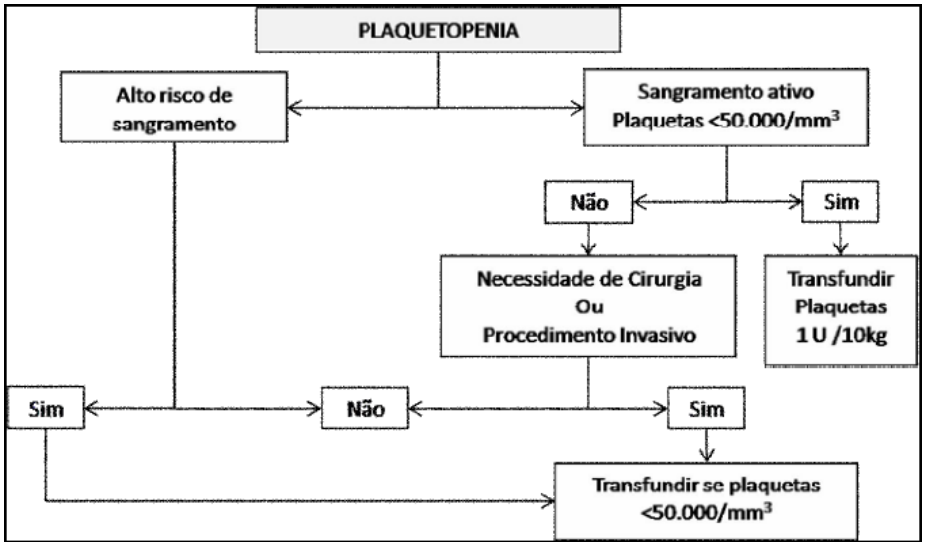
ATENÇÃO: Não é necessário o controle com o TTPa

Esquema de anticoagulação para profilaxia para TVP/TEP subcutânea:

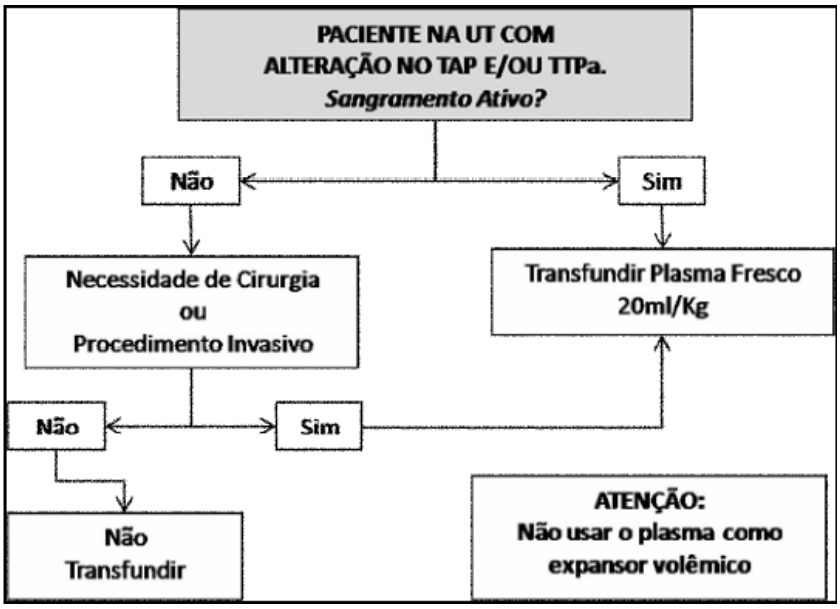
-Liquemine: 5000UI 8/8h

-Enoxaparina: 40mg 1x/dia. Usar 20mg nos usuários com Insuf. Renal.

PROTOCOLO PARA USO DE PLAQUETAS NA UT



PROTOCOLO PARA USO DE PLASMA NA UT



PROTOCOLO PARA TRANSFUSÃO EM UT

A anemia é um achado comum nos usuários internados nas unidades de terapia intensiva. Estudos evidenciam que cerca de 77% dos usuários apresentam anemia durante a sua internação, sendo que mais de um terço destes usuários acabam recebendo transfusão sanguínea.

A anemia é secundária a múltiplos fatores além da perda sanguínea por sangramentos evidentes, incluindo a "anemia iatrogênica" decorrente da coleta seriada de amostras para exames, procedimentos invasivos, deficiências nutricionais, hemólise, perda oculta de sangue, entre outros, além da redução na produção de eritropoetina levando a uma redução na eritropoiese. 1,2 Por outro lado, é sabido que a ação de citocinas inflamatórias entre elas o fator de necrose tumoral (TNF), Interleucinas-1 (Il-1) e Interleucina-6 (Il-6), está relacionada com uma diminuição na produção de eritropoetina, e o interferon – gama e a IL-1, também tem se mostrado agir diretamente inibindo o crescimento das células pró-eritrogênicas, contribuindo para o desenvolvimento da anemia nos usuários sépticos.

Com isso a transfusão sanguínea tem sido utilizada frequentemente no tratamento dos usuários internados na unidade de terapia intensiva, dois estudos observacionais prospectivos avaliaram a incidência de anemia e o uso de transfusão de sangue na Europa e nos Estados Unidos.

O estudo Europeu evidenciou uma taxa de transfusão durante a internação na UTI de 37%, enquanto que o estudo Americano mostrou que cerca de 44% dos usuários eram transfundidos, os valores médios pré-transfusionais eram de 8,4g/dl e 8,6g/dl, respectivamente. Porém em ambos os estudos o uso da transfusão esteve relacionado com um pior prognóstico. Por outro lado, a tranfusão tem mostrado uma série de efeitos adversos, que devem ser analisados quando da decisão sobre a mesma. Algumas complicações são descritas em cerca de 20% das transfusões sanguíneas, podendo ser classificadas em infecciosas e não-infecciosas.

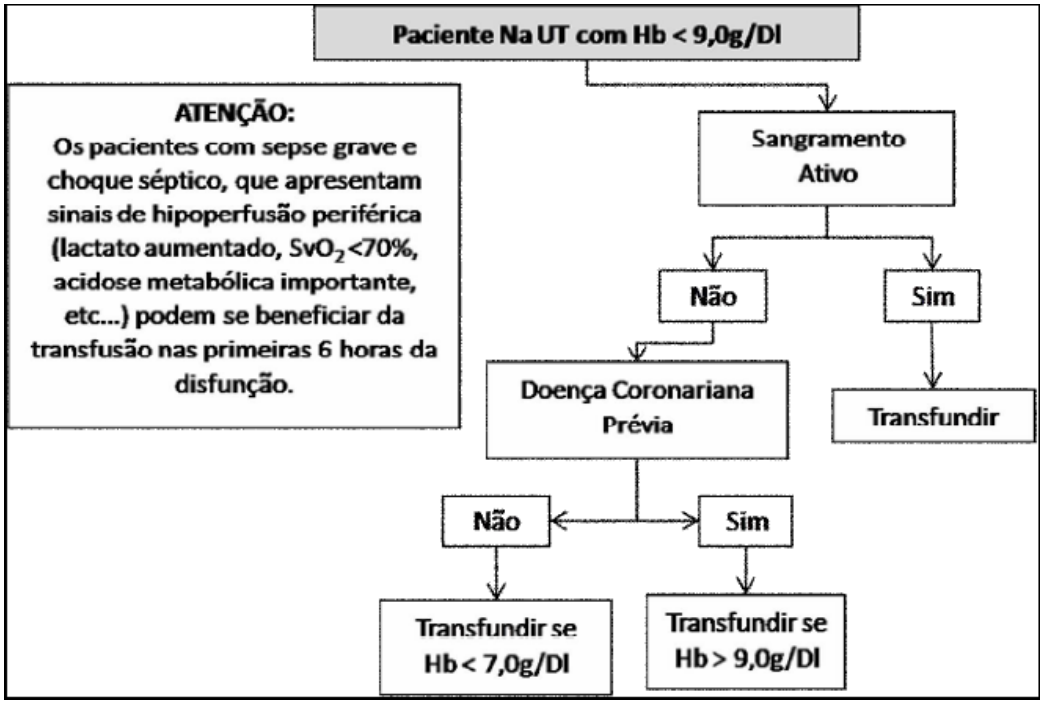
Entre as complicações infecciosas estão a transmissão de agentes como vírus da hepatite B e C, HIV, citomegalovírus e HTLV, além do risco de transmissão de doença de Chagas e sífilis, entre outras. As complicações não infecciosas estão relacionadas à transfusão concomitante de leucócitos como reações febris, alo-imunização, refratariedade a transfusão de plaquetas, lesão pulmonar aguda e imunossupressão.

Outros efeitos indesejáveis decorrentes do uso de hemoderivados incluem edema pulmonar por hipervolemia, hipotermia, coagulopatias e toxicidade pelo citrato. Em outro estudo retrospectivo evidenciou-se que a transfusão sanguínea estaria associada com um maior índice de infecção nosocomial. Com isso, a transfusão sanguínea vem sendo tema de discussão nas unidades de terapia intensiva, havendo controvérsias com relação aos seus efeitos benéficos, assim como aos riscos da manutenção de níveis mais baixos de hemoglobina nestes usuários. Hébert e cols (1999) não evidenciaram benefícios em se manter uma taxa de hemoglobina (Hb) entre 10 e 12g/dl, quando comparado com o grupo com hemoglobina entre 7 e 9g/dl, em usuários internados nas unidades de terapia intensiva, a não ser no sub-grupo que apresentava doença coronariana concomitante.

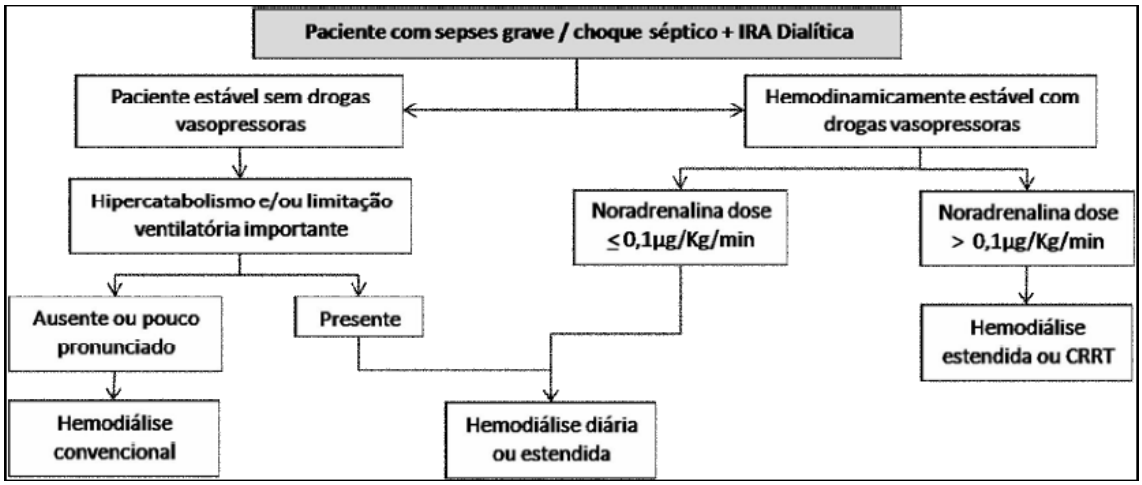
Por outro lado, no trabalho realizado por Rivers et al (2001), usando como guia a saturação venosa central de oxigênio (SvcO2), verificou-se uma redução na mortalidade hospitalar significativa nos usuários que na fase inicial de ressucitação, obtinham uma SvcO2 > 70%, as custas de uma reposição volêmica agressiva e transfusão sanguínea até se atingir um valor de hematócrito maior que 30%, e se necessário era usado dobutamina, sendo a mortalidade hospitalar neste grupo de 30,5%, quando comparada com o grupo controle que foi de 46,5% (p=0,009).12 A conduta clinica indicada é a de aumentar a oferta de O2 e a grande questão é se isso deveria ser feito através da transfusão ou do aporte volêmico com cristalóides ou colóides ou eventualmente uso de dobutamina.

Sabe-se que o uso de cristalóides ou colóides aumenta a oferta tecidual de oxigênio em decorrência de uma melhora no débito cardíaco e obviamente de forma independente do carreamento do oxigênio.

Logo, concluímos que a transfusão de hemácias na UTI, deve ser realizada nas seguintes situações:



NEFROLOGIA / PROTOCOLO PARA SUPORTE DIALÍTICO NA UTI



PROTOCOLO PARA ANALGESIA NA UT

Indicações

Antes de decidir sobre a escolha analgésica deve-se aplicar a escala de avaliação de dor se possível, e avaliar o tipo de cirurgia realizada.

Escala de avaliação verbal:

(0) ausente

(1) leve

(2) moderada

(3) intensa

ATENÇÃO: Devemos utilizar o catéter peridural para analgesia dos nossos usuários sempre que possível, o mesmo deve ser passado no centro cirúrgico pelo anestesista.

Solução para analgesia peridural:

Fentanil – 4ml

Marcaína 0,25% -16ml

Fazer 4ml pelo cateter peridural de 6/6h até 4/4h.

Antes de retirar o catéter devemos sempre checar a última dose do uso de heparina:

Heparina não fracionada – retirar após 6h

Heparina de baixo peso molecular – retirar após 12h

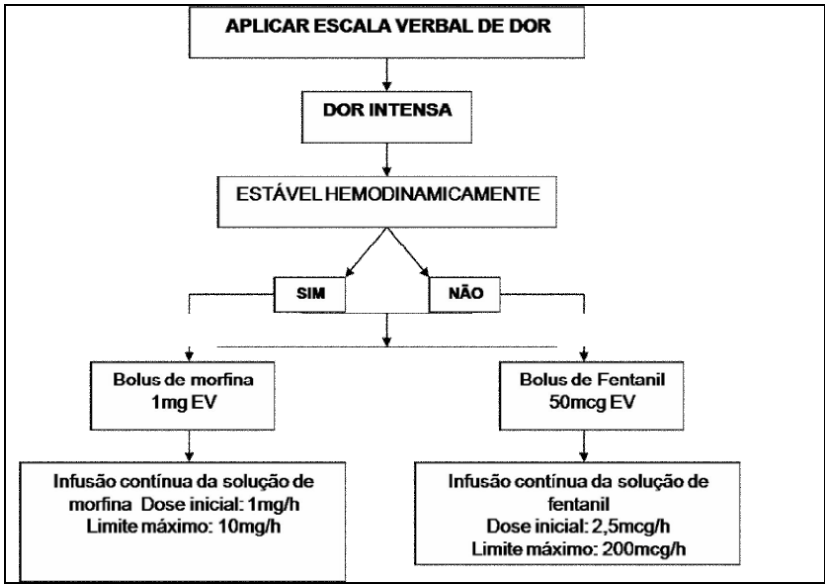
a) Protocolo de analgesia venosa (inclusive para usuários sem TOT / sem cateter)

Quando a analgesia sistêmica é considerada no tratamento da dor aguda intensa na UTI, a morfina e o fentanil são as drogas de escolha.

O tramadol, nalbufina e a buprenorfina estão indicados no tratamento de dor aguda de intensidade moderada. Na nossa rotina utilizamos o tramadol

Não utilizamos de rotina o uso dos antiinflamatórios não-hormonais em usuários idosos ou com qualquer tipo de choque, em virtude das complicações destes usuários na UTI (IRA, HDA, etc...).

A dipirona pode e deve ser utilizada como analgésico de rotina nas primeiras 24-48h de PO, devendo ser suspensa após este tempo.



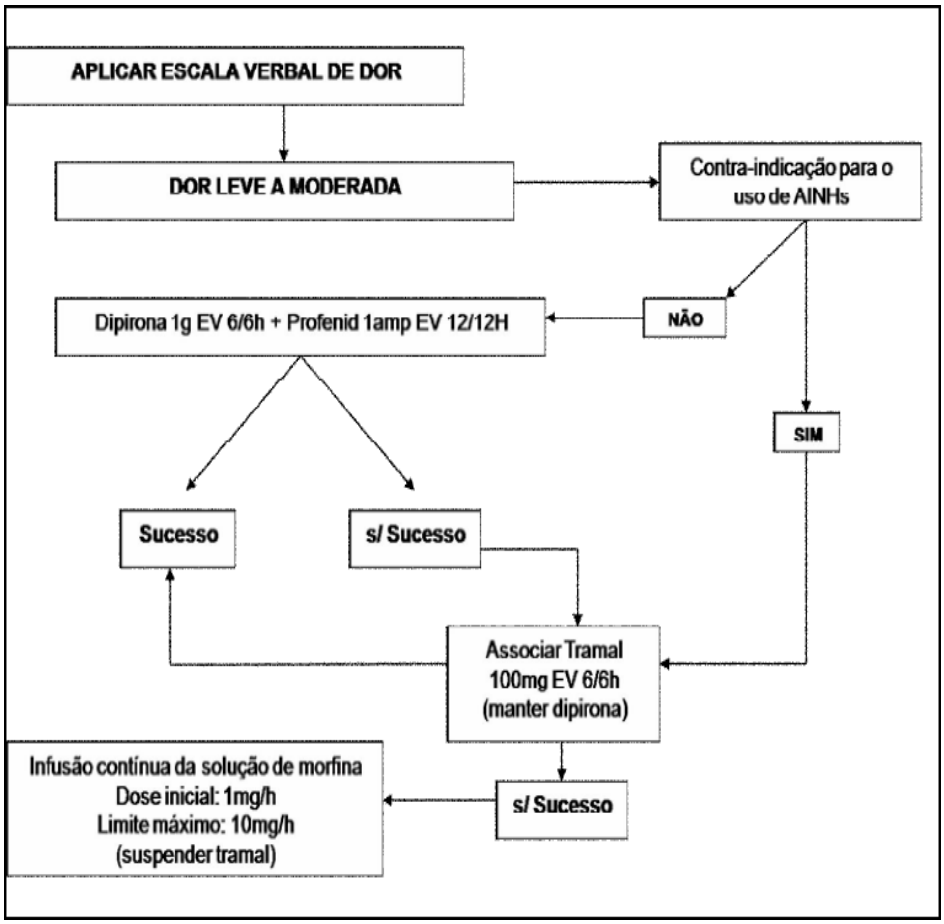
Soluções Venosas

Preparo da Solução de Morfina: 0,5mg/ml

Morfina – 50mg (5ml) + SF 0,9% - 95 ml

Preparo da Solução de Fentanil: 10 mcg/ml

Fentanil 40 ml (2mg) + SF 0,9% 160ml



PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

Indicações

A agitação e a dor são comuns no usuário grave. A resposta à agressão aguda causa uma tremenda resposta neuro hormonal com elevação das catecolaminas, cortisol, glicose, ADH e proteínas de fase aguda e consequente taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de O2, retenção hídrica e comprometimento da resposta imune. Os objetivos primordiais da sedação e analgesia são aliviar a ansiedade e a dor e atenuar a resposta ao estresse. O uso apropriado das drogas envolvidas requer um entendimento completo das indicações, metabolismo e efeitos colaterais e técnicas de monitorização.

Os sedativos são geralmente necessários como adjuntos no tratamento da ansiedade e agitação e ainda para facilitar a ventilação mecânica, produzir relaxamento muscular e sono.

Agentes

1. Opióides: Os opióides produzem analgesia ao mesmo tempo que são fundamentais na estratégia terapêutica que busca a sedação consciente, não produzem amnésia e são associados à vários efeitos colaterais.

2. Benzodiazepínicos: Fármacos de uso rotineiro em UTIs. Produzem sedação, ansiólise e amnésia anterógrada além de terem efeito anticonvulsivante.Os benzodiazepínicos diferem entre si por suas características farmacodinâmicas e

farmacocinéticas. São antagonizados pelo flumazenil, entretanto seu uso rotineiro após administração por tempo prolongado, pode precipitar síndrome de retirada.

3. Barbitúricos: Tem efeitos no Sistema Nervoso Central, coração e pulmões que são semelhantes qualitativamente aos benzodiazepínicos, mas tem maior magnitude.

4. Propofol: Agente anestésico geral intravenoso que em doses mais reduzidas é sedativo potente com ação amnéstica mínima. Possui ação anticonvulsivante, embora mioclonias tenham sido observadas. Seu uso deve ser pensado quando existe apossibilidade da necessidade de sedação por pouco tempo ou quando existe a necessidadede da associação de uma terceira droga.

5. Butirofenonas: As butirofenonas, haloperidol e droperidol, estão indicados no tratamento da agitação e delírio.

6. Alfa Agonistas Centrais: A clonidina tem sido empregada no tratamento da sindrome de abstinência alcóolica na UTI. A dexmedetomidina, agonista alfa 2 adrenérgico com uma relação alfa1: alfa 2 mais de setes vezes a da clonidina, foi recentemente aprovado para uso por até 24 horas. É sedativo, hipnótico, ansiolítico e analgésico reduzindo a atividade simpática. Não produz depressão respiratória significativa e o usuário desperta rapidamente atendendo ordens com facilidade. Pode facilitar a intubação traqueal, e procedimentos para os quais normalmente é necessária sedação consciente. Seu papel como agente sedativo em usuários graves ainda requer maiores estudos.

Fármacos utilizados

Fentanila:

Farmacocinética:

Início de ação < 1 min após injeção intravenosa.

Duração de ação: 30 a 60 min.

Eliminação hepática.

Posologia:

25 a 100 mcg. (0,7 a 2mcg/kg) EV ou 50 a 500 mcg/h EV contínua.

Efeitos adversos: Miose, Bradicardia (vagal), Rigidez muscular, rápido desenvolvimento de tolerância. Depressão respiratória, Náuseas, vômitos, íleo, espasmo vias biliares, retenção urinária, Efeito prolongado em cirrrose, Associação com diazepínicos aumenta o risco de depressão cardiorespiratória

Diazepam:

Farmacocinética: Rápido início de ação, eliminação prolongada, metabolismo hepático

Posologia: Sedação consciente, 1 a 10 mg (0,2 a 0,3 mg.kg-1) EV, repetidas conforme necessário. Tétano: doses maiores de 2 a 20 mg a cada 1 a 8 horas.

Efeitos Adversos: Depressão respiratória, confusão, excitação paradoxal, após administração prolongada, a recuperação pode tomar vários dias. Tromboflebite, dor à injeção.

Midazolam:

Farmacocinética: Início de ação: 1 a 3 min. Duração: 1 a 4 horas. Metabolismo hepático.

Posologia: 0,03 a 0,3 mg.kg-1 EV em "bolus" seguida de 0,012 a 0,6 mg.kg/h EV contínuo.

Efeitos Adversos: Efeitos hemodinâmicos discretos. Hipotensão arterial em idosos. Depressão respiratória, sobretudo se associado a opióides. Metabolismo prejudicado em insuficiência hepática ou renal. Interrupção da administração associada a manifestações de abstinência

Propofol:

Farmacocinética: início de ação 40 segundos. Duração 2 a 4 min, 180 a 720 min. Metabolismo hepático. Posologia: Sedação intravenosa 0,3 a 3 mg/kg/h

Efeitos Adversos: Dor ao início da injeção em veia superficial. Depressão cardiovascular e respiratória.

Recomenda-se redução progressiva da velocidade de infusão para evitar despertar brusco.

Em sedação para ventilação artificial, geralmente usado associado a opióides

Haloperidol

Farmacocinética: Início de ação: parenteral, até 30 min; oral, até 2 horas. Pico de ação: parenteral, até 45 min; oral, até 4 horas. Duração da ação: até 38 horas.

Posologia: 0,5 a 10 mg IM ou EV (agitação leve a intensa); manutenção, 2 a 10mg 2 a 8 horas.

Via oral 0,5 a 2 mg a cada 8 ou 12 horas (em crianças, apresentação líquida 0,05 a 0,15 mg/kg ao dia).

Efeitos Adversos: Taquicardia, hipotensão ou hipertensão arterial. Laringo espasmo, bronco-espasmo. Potencializa ação depressora de sedativos e opióides. Reações extrapiramidais. Risco de efeitos adversos maior em idosos. Síndrome neurolépticomaligno

Indicado no tratamento da agitação e delírio.

Dexmedetomidina

Farmacocinética: Inicio de ação até 6 minutos

Meia vida de eliminação 2 horas

Posologia: 1µg/Kg em 10 a 20 minutos EV seguido de 0,2 a 0,7 µg/Kg/h EV contínuo

Efeitos Adversos: Bradicardia e hipotensão especialmente na presença de hipovolemia e tônus adrenérgico exacerbado.

ROTINA DE SEDAÇÃO PARA INTUBAÇÃO

A) Sedação:

1 – Fentanil (50mcg/ml) – dose 0,5-1ml/10kg EV em bolus lentamente

2 – Etomidato (2mg/ml) – dose 0,3-0,4mg/kg EV em bolus lentamente

3 – Quelicin (100mg) – dose 1-1,5 mg/kg EV em bolus lentamente

B) TOT:

Homens: 8 – 8,5 – 9

Mulheres: 8 – 8,5

ROTINA DE SEDAÇÃO CONTÍNUA

Plano terapêutico

1. Analgesia Efetiva, Controle de causas clínicas reversíveis de agitação (hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão).

2. Otimização do ambiente (informação, diminuição de ruído, etc).

3. Individualização do objetivo da sedação (reverter agitação aguda? Permitir despertar rápido ou avaliação neurológica?).

4. Escolha do agente.

5. Avaliação regular do nível de sedação com documentação sistemática.

6. Titulação diária da dose (diminuição do efeito sedativo prolongado).

7. Suspensão diária da sedação para avaliação do nível de consciência e menor risco de taquifilaxia. Após a suspensão de sedação e com o "despertar" do usuário, deve-se retornar com 50% da dose prévia a suspensão.

Objetivos: Manter Ramsay 3 / 4

Soluções sedação:

A) Solução midazolam: diluição 1mg/ml.

Dormonid -20ml (100mg)

SF 0,9% -80ml

B) Solução Fentanil: 25mcg/ml

Fentanil – 50ml

SF 0,9% -50ml

Propofol: frascos de 50 e 100ml – 20mg/ml

C) Uso de bloqueador neuromuscular

Usar quando o usuário estiver mal acoplado fazendo pico de pressão no ventilador, e já estiver adequadamente sedado (Ramsay de 6). Com a combinação de um analgésico com um hipnótico. (midazolam ou propofol + fentanil)

Pancurônio 0,05-0,1mg/kg/dose ou atracúrio 0,5 - 1mg/kg/dose

Usar pavulon nos usuários com broncoespasmo, pois o traquium é liberador de histamina

**Escala de sedação de Ramsay:

I -usuário acordado e agitado

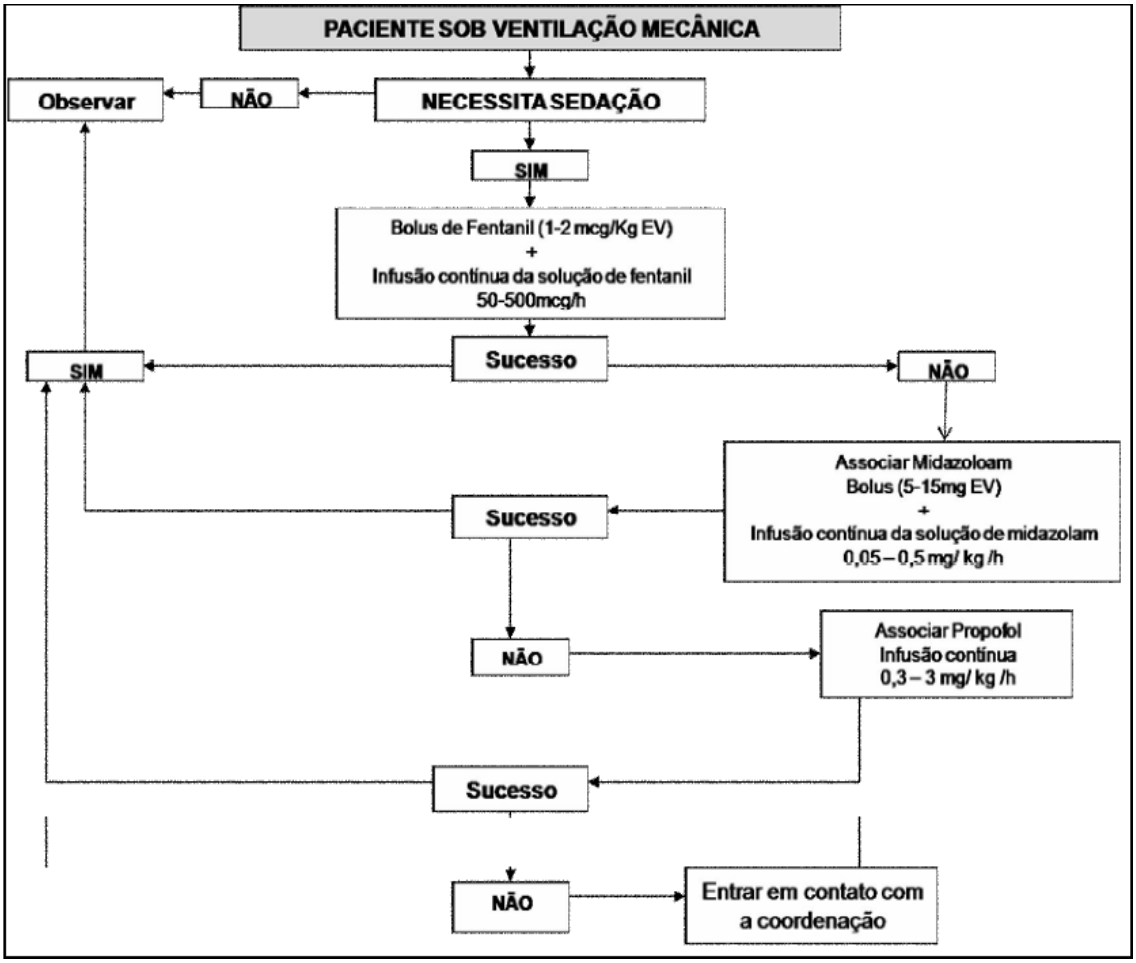
II -usuário acordado e colaborativo

III -usuário dormindo, despertável com estímulo verbal

IV -usuário dormindo, despertável com estímulo motor

V -usuário dormindo, despertável com estímulo álgico intenso

VI -usuário dormindo sem resposta motora



PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DE MORTE ENCEFÁLICA E CUIDADOS COM O DOADOR DE ÓRGÃOS

No Brasil, a Lei Federal Nº 9434/97, também chamada de Lei dos Transplantes, regulamentou as questões associadas à Disposição Post Mortem de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano para fins de Transplante, dos critérios para Transplante com Doador Vivo e das Sanções Penais e Administrativas pelo não cumprimento da mesma. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto Nº2268/97 que estabeleceu também o Sistema Nacional de Transplantes e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. Também foi determinado nesta lei que os critérios necessários para o diagnóstico de morte encefálica deveriam ser definidos pelo Conselho Federal de Medicina.

Esta mesma lei determinou a doação presumida dos órgãos de todo o cidadão, salvo vontade expressa em vida registrada em documento pessoal. Esta lei buscava aumentar o número de doações, independentemente da vontade dos familiares. Em virtude da polêmica gerada em torno desta medida, em 2001 a Lei Nº 10.211 extinguiu a doação presumida determinando que a doação com doador cadáver só ocorreria com autorização familiar, independentemente do desejo em vida do potencial doador.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução Nº 1480/97, determinou os critérios necessários para o diagnóstico de morte encefálica.

Potencial Doador Cadáver

É todo usuário em Morte Encefálica (ME); não é necessário registro por escrito da vontade em vida do doador, pois a família sempre se manifesta na realização ou não da doação, autorizando-a por escrito quando a mesma for ocorrer.

Critérios para a realização do protocolo de Morte Encefálica

1. Paciente com identificação e registro hospitalar;

2. A causa do coma seja conhecida e estabelecida;

3. Paciente esteja sem hipotermia (Temperatura = 35º C);

4. Paciente esteja sem uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central;

5. Paciente esteja sem hipotensão arterial.

Respeitadas estas condições, o usuário pode ser submetido aos exames clínicos e subsidiários.

Critérios a serem observados para determinação de Morte Encefálica

1. A morte encefálica (ME) deve ser caracterizada através de exames clínicos e complementares durante intervalos variáveis de tempo, próprios para determinadas faixas etárias.

2. Os dados clínicos e dos exames complementares quando da determinação da ME deverão ser registrados no Termo de Declaração de Morte Encefálica. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos a este termo, que deverão ser aprovados pelo Conselho Regional de Medicina de sua região, sendo vedada supressão de qualquer um de seus itens.

3. A ME deve ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

4. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de ME são: coma aperceptivo com ausência de qualquer atividade motora supra-espinal e apnéia.

5. Os intervalos mínimos necessários entre as duas avaliações cínicas para a determinação de ME são definidos por faixa etária, conforme esquema abaixo:

Faixa etária	Tempo de intervalo entre as avaliações clínicas
De 7dias até 2 meses incompletos	48h
De 2 meses até 1 ano incompletos	24h
De1 ano até 2 anos incompletos	12h
Acima de 2 anos	6h

6. Após a realização do 2º exame clínico com resultado compatível com ME, os exames complementares serão realizados. Estes deverão mostrar de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral.

7. Os exames complementares serão utilizados de acordo com a faixa etária, conforme esquema abaixo (EEG, ANGIOGRAFIA CEREBRAL, DOPLLER TRANSCRANIANO):

Faixa etária	Exames complementares
De 7dias até 2 meses incompletos	2 EEGs com intervalo de 48h
De 2 meses até 1 ano incompletos	2 EEGs com intervalo de 24h
De 1 ano até 2 anos incompletos	Qualquer um dos exames, se EEG serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro
Acima de 2 anos	Qualquer um dos exames citados

Cuidados com o doador de órgãos

Cuidados na manutenção do doador de órgãos

1. Acessos vasculares adequados (preferencialmente centrais)

2. Tratamento da Hipotensão

Reposição volêmica vigorosa com cristalóides ou colóides; preferencialmente ringer-lactato.

PVC entre 8 e 10 cm H2O

Dopamina se necessário (preferencialmente até 10 µg/Kg/min); a dobutamina pode ser utilizada para suporte inotrópico adicional.

3. Controle metabólico

Reposição eletrolítica conforme necessário (hipocalemia é o distúrbio mais frequente)

Reposição de Bicarbonato de Sódio na acidose metabólica

Hiperglicemia severa deve ser tratada com insulina para minimizar a perda de volume por diurese osmótica.

4. Controle da Hipotermia

Calor irradiante (focos de luz sobre tórax/abdome

Infusão e ventilação aquecidos (37-40º C)

Cobertor térmico

5. Ventilação mecânica

Volume corrente de 10 ml/Kg

Ajustar FR para manter PaCO2 em torno de 40mmHg

Peep: 5cm H2O

Menor FiO2 para manter pO2 > 80mmHg

6. Uso regular de antibióticos (profiláticos ou terapêuticos)

7. Manter Hb > 10g/dl

8. Manter proteção ocular com gase umedecida

9. Coleta dos seguintes exames: hemograma, tipagem ABO e Rh, uréia, creatinina, eletrólitos, gases arteriais, radiografia do tórax (com PEEP de 5) e culturas, anti-HIV, HbsAg, anti-HCV, sorologia para CMV, Chagas e Lues.

Diagnóstico de morte encefálica

Ausência de reflexo fotomotor

Ausência de reflexo óculo-motor ("olhos-de-boneca")

Ausência de reflexo óculo-vestibular -prova calórica: injeção de 50 ml de solução salina ou água gelada no conduto auditivo externo, na busca de ausência de movimentos oculares (nistagmo horizontal em direção ao estímulo na resposta normal).

Teste da Apnéia: ventilar o usuário com FiO2 de 100% por um tempo mínimo de 10 minutos, após os quais coleta-se gasometria arterial basal. Não hiperventilar em exagero (PaCO2 <28 mmHg). Logo a seguir desconecta-se o usuário do ventilador, mantendo-se oferta de O2 por cateter pelo tubo traqueal a 10 l/min. A observação contínua à beira do leito durante pelo menos 10 minutos deve confirmar a ausência de movimentos respiratórios; neste momento, uma segunda gasometria arterial deve ser coletada, sem o ventilador. O critério de apnéia será positivo se obviamente não houver movimentos respiratórios e a PaCO2 for maior que 55 mmHg na segunda gasometria. Interrompe-se o teste caso haja movimentos respiratórios ou se houver bradicardia severa, hipotensão ou assistolia, isto é, não apnéia ou não condições de confirmar ME.

ATENÇÃO:

Doadores vítima de morte violenta, após a retirada dos órgãos, deverão ser autopsiados em Instituto Médico Legal, onde será preenchido o Atestado de Óbito; usuários com morte natural terão o Atestado de Óbito preenchido no próprio hospital.

A Parada cardíaca no potencial doador deve ser tratada habitualmente, pois, quando revertida, o órgão poderá ser retirado.

Em geral, não devem ser considerados potenciais doadores cadáveres:

Portadores de alguma insuficiência orgânica que comprometa o funcionamento de órgão e tecidos que possam ser doados, como insuficiências renal, hepática, cardíaca, pulmonar, pancreática e medular;

Portadores de infecções transmissíveis pelo órgão transplantado, como soropositivos para HIV, Chagas, Hepatites B e C e as demais contra-indicações para sangue e hemoderivados. As sorologias para estas doenças devem ser realizadas o mais breve possível; quando não disponível na instituição, a equipe de captação providenciará os exames;

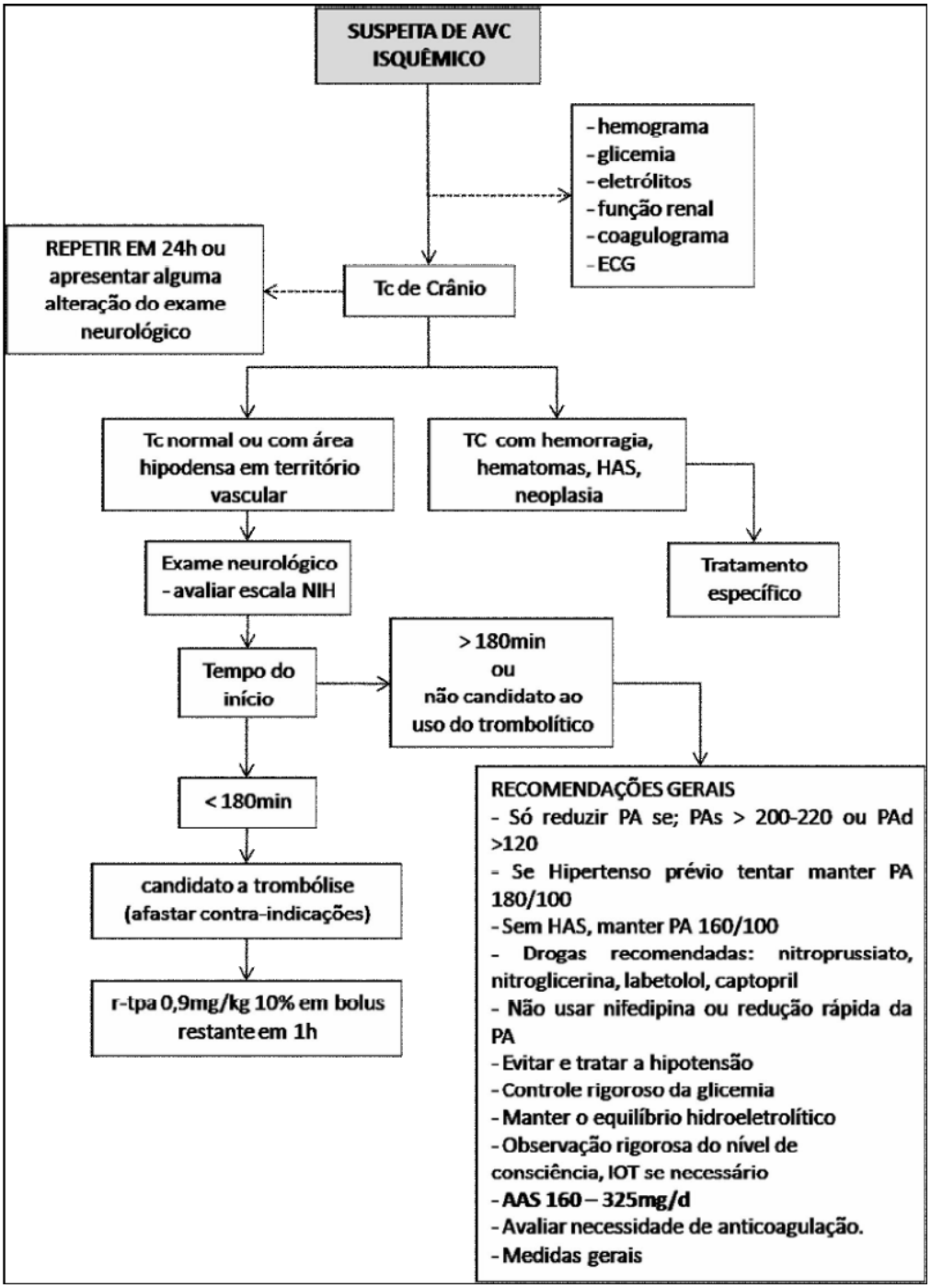
Diagnóstico de Sepse ou Insuficiência de Múltiplos Órgãos e Sistemas;

Portadores de neoplasias maligna, exceto tumores restritos ao sistema nervoso central, carcinoma baso-celular e carcinoma de cérvix uterino in situ;

Doenças degenerativas crônicas com caráter de transmissibilidade.

As córneas podem ser retiradas até 6 horas após a parada cardíaca, não sendo necessário o diagnóstico de morte encefálica; a retirada das córneas não necessita de ambiente hospitalar, podendo ser retirada no domicílio ou no necrotério por profissional acionado pela Central de Notificação e Captação de Órgãos.

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO



PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO DELÍRIO

Conceitos Gerais

1. História clínica:

a) Procurar abstinência alcoólica, geralmente precedida por convulsão. Delírio de padrão hiperativo com descarga simpática.

b) Descartar quadro infeccioso.

2. Verificar estado cognitivo

3. Exame físico

4. Suspender medicamentos psicoativos

5. Exames: Hemograma, gasometria arterial, eletrólitos, urina I, uréia, creatinina, TAP, TGO,TGP, glicose, RX de tórax e ECG

6. Causas menos comuns: Hipotireoidismo, hipertireoidismo, encefalite, estado de mal epiléptico.

Fatores de risco para delírio	
Idade > 65 anos	
Uso de 4 ou mais medicamentos	
Lesão neurológica prévia	
Comorbidades clínicas (ICC, DPOC, fratura de fêmur, etc...)	
Infecção	
História de quedas	
Alterações metabólicas e eletrolíticas	
Medicamentos associados com delírio	
Benzodiazepínicos	Antiarritmicos
Opióides	Antieméticos
Anticolinérgicos	Antiinflamatórios
Biperideno	Antidepressivos
Anti-histamínicos	Anticonvulsivantes
Inibidor de bomba de prótons	Antiparkinsonianos
Digitálicos	

Tratamento

1. Tratar a causa

2. Reduzir estímulos ambientais

3. Trazer objetos familiares

4. Orientar o usuário quanto aos equipamentos da UTI

5. Evitar contenção física

6. Haldol:

a) ataque

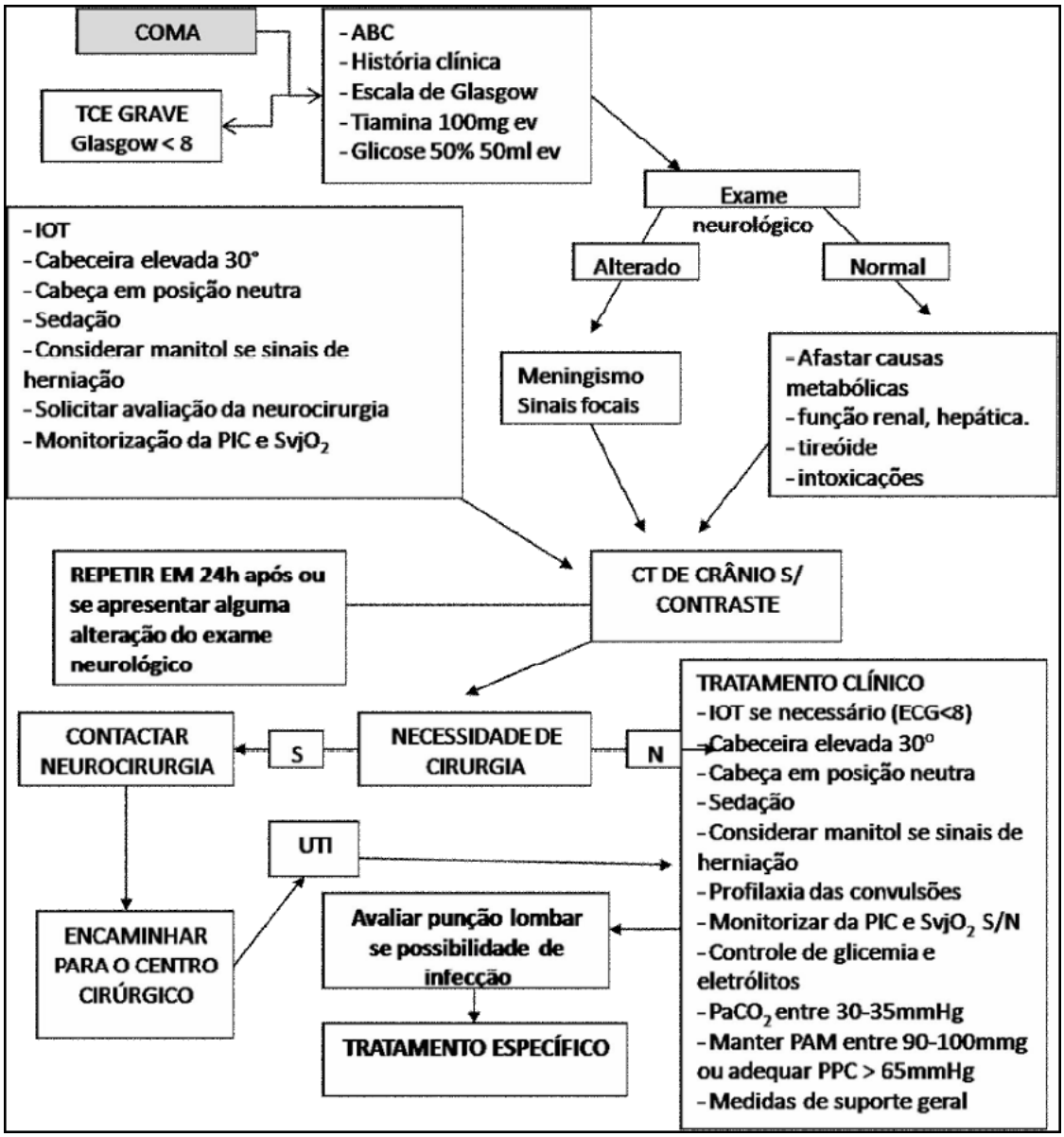
-Fazer 3-5mg EV de 30 3m 30min até sedação leve

-Em casos mais graves, fazer 10mg EV em bolus e manter 5mg/h, contínuo

b) manutenção

-Fazer 3-5mg EV de 4/4h a 8/8h

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO COMA



PROTOCOLO PARA ISOLAMENTO

Introdução

O objetivo destas normas é prevenir a transmissão de microrganismos ou doenças infecciosas entre usuários, profissionais de saúde e visitantes. Vem de longo tempo a preocupação com a disseminação de doenças infecciosas refletida no surgimento de hospitais específicos para tratamento dessas doenças. Posteriormente, em hospitais gerais surgiram as unidades de "Isolamento". Na década de 70, o *Center for Disease Control* (CDC) elaborou medidas relacionadas a categorias de isolamentos chegando no ano de 1985, em decorrência da AIDS, na proposta que definia como "Precauções Universais" (PU) os cuidados com sangue e fluídos corpóreos. Em 1987, o CDC propõe um sistema alternativo, chamado de "Isolamento de Substâncias Corpóreas" (BSI -*Body Substance Isolation*), para proteger o profissional de saúde da transmissão de patógenos pelo sangue e diminuir a transmissão de bactérias multirresistentes no ambiente hospitalar. No início de 1996 o CDC publicou novo documento objetivando simplificar o entendimento e aplicação dos cuidados com transmissão, adotando os termos Precauções Padrão e Precauções baseadas na transmissão.

Precauções Padrão e Medidas de Isolamento

As precauções e medidas abaixo descritas deverão ser aplicadas por médicos, enfermeiras, técnicos ou auxiliares de enfermagem, pessoal do serviço do hospital, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas e visitantes.

1-Precauções padrão

Constitui a síntese dos conceitos anteriores de Precauções Universais e Isolamento de Substâncias Corpóreas (BSI). Define-se como cuidados a serem tomados no trato com todos os usuários, independente do diagnóstico, para evitar a transmissão de microrganismos por sangue, fluídos corporais, secreções e excreções, pele não íntegra e mucosas, durante manipulação e/ou exposição aos mesmos. Deve ser mantido durante toda a internação. As Precauções Padrão deverão ser mantidas mesmo com a adoção de outra Medida de Precaução.

As medidas a serem tomadas na aplicação das precauções padrão são:

Lavagem das mãos;

Uso de luvas (estéreis e não estéreis e de borracha);

Uso de avental, de tecido, descartável ou impermeável (se necessário);

Uso de máscaras, óculos, protetor facial e botas (se necessário);

Descontaminação, limpeza e desinfecção de artigos contaminados;

Cuidados com materiais perfuro-cortantes;

Cuidados com roupas contaminadas;

Quarto privativo (se necessário).

Os equipamentos de proteção individual (EPI) mencionados deverão ser utilizados de acordo com os riscos de exposição das mãos, mucosas, roupa, etc, de quem cuida.

2-Precauções baseadas na transmissão

a) Precauções de contato

É uma categoria de cuidados indicada para usuários colonizados ou infectados por microrganismos causadores de doenças infecto-contagiosas encontrados no sangue, secreções ou excreções, e transmitidos por essas vias de maneira direta ou indireta ou até mesmo pele íntegra como no caso de colonização por microrganismo multirresistente ou de importância epidemiológica. As medidas a serem adotadas são:

Lavagem das mãos;

Uso de luvas em todo o contato com o usuário;

Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário e/ou utensílios e roupas que entraram em contato com o mesmo;

Quarto privativo: indicado para evitar risco de contaminação cruzada entre usuários. Na impossibilidade também pode ser feito restrição ao leito ou enfermaria;

Transporte de usuários o mais restrito possível; Limpeza de artigos e superfícies diariamente;

Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos antes de utilizá-los em outros usuários;

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário submetido às precauções.

b) Precauções respiratórias por gotículas

Esta categoria de cuidados é instituída para prevenir a transmissão de doenças através de via respiratória por gotículas. Nestas doenças as partículas são transportadas por gotículas maiores que 5 microns, que são consideradas pesadas e depositam-se nas superfícies. As medidas de isolamento são as seguintes:

Lavagem das mãos;

Todas as pessoas que tiverem contato com o usuário, à uma distância menor que um metro, deverão utilizar máscara cirúrgica;

Transporte do usuário o mais restrito possível e, quando imprescindível, o usuário deverá usar máscara cirúrgica.

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

c) Precauções respiratórias por aerossóis

Esta categoria de cuidados é instituída para a prevenção da transmissão de doenças por via respiratória, através de partículas que transportam microrganismos menores que 5 microns, que por serem consideradas leves, formam aerossóis que ficam suspensos no ar, com grande risco de serem inalados.

Lavagem das mãos;

Quarto privativo: é necessário e deve ser mantido com portas fechadas (o ideal é quarto com pressão negativa, sistema de ventilação com 6 a 12 trocas de ar por hora, saída do ar apropriada ou filtro HEPA);

Máscara N-95: deve ser usada por todas as pessoas ao entrar e durante a permanência no quarto;

Transporte de usuários: restrito e, se absolutamente necessário, colocar máscara cirúrgica no usuário.

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

d) Precaução de contato e gotículas

Destina-se a prevenir doenças que são transmitidas por contato direto ou indireto com sangue, secreções ou excreções e ao mesmo tempo por via respiratória por partículas maiores que 5microns, que são consideradas pesadas e se depositam nas superfícies.

Lavagem das mãos;

Uso de luvas em todo o contato com o usuário;

Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário;

Quarto privativo: indicado para evitar risco de contaminação cruzada entre usuários;

Limpeza de artigos e superfícies diariamente;

Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos;

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

Máscara cirúrgica: deverá ser usada por todas as pessoas que tiverem contato com o usuário, à uma distância menor que um metro.

Transporte do usuário o mais restrito possível e, quando imprescindível, o usuário deverá usar máscara cirúrgica.

e) Precaução de contato e respiratória por aerossóis

É instituída na prevenção de doenças transmitidas pelo contato direto ou indireto com sangue, secreções ou excreções e ao mesmo tempo por via respiratória por partículas menores que 5 microns, que formam aerossóis e ficam suspensos no ar.

Lavagem das mãos;

Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário;

Limpeza de artigos e superfícies diariamente;

Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos;

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

Quarto privativo: é necessário e deve ser mantido com portas fechadas (o ideal é quarto com pressão negativa, sistema de ventilação com 6 a 12 trocas de ar por hora, saída do ar apropriada ou filtro HEPA);

Máscara N-95, deve ser usado por todas as pessoas ao entrarem e durante a permanência no quarto;

Luvas: devem ser usadas sempre que se tiver contato com o usuário;

Transporte de usuários: restrito e, se absolutamente necessário, colocar máscara cirúrgica no usuário.

f) Isolamento reverso

Não é mais utilizado, pois o mecanismo de desenvolvimento de infecções em usuários imunodeprimidos se dá por fatores endógenos na maioria das vezes. Porém, deve-se reforçar as Precauções Padrão, com grande ênfase na intensificação da lavagem das mãos e uso do álcool na forma de gel. Não devem ser escalados funcionários com processos infecciosos respiratórios ou de qualquer outra natureza para o atendimento destes usuários, assim como deve-se orientar para que não recebam visitas com processos infecciosos respiratórios.

3-Instruções gerais

A implantação das precauções baseadas no mecanismo de transmissão deverá ser feita conforme orientação do SCIH/CCIH e do médico assistente ou equipe médica responsável pelo caso, sempre de comum acordo. A notificação das precauções deverá ser feita ao ser detectada a necessidade da sua implantação. Deverão ser avisados a enfermeira de plantão do setor, os serviços de nutrição, hotelaria, enfermagem, fisioterapia, etc. A enfermagem responsável pelo plantão deverá orientar os acompanhantes conforme a categoria de precaução adotada. Caso o Laboratório avise direto no setor sobre a ocorrência de agentes multirresistentes em culturas dos usuários, e não for possível contato imediato com o SCIH/CCIH, a enfermagem poderá colocar o usuário em Medidas de Precauções de Contato até confirmação ou não pelo SCIH/CCIH.

Pacientes colonizados por agentes multirresistentes ou de significância clínica ou epidemiológica permanecerão em Precauções de Contato até a alta, ou de acordo com a orientação do SCIH/CCIH. As culturas de vigilância se referem a coletas de secreção nasal, "swab" perianal e, se possível, de material de origem onde cresceu o agente multirresistente. Poderão ser realizadas semanalmente até sua negativação para o microrganismo em questão.

No caso das Doenças de Notificação Compulsória, a enfermagem e o médico responsável deverão notificar o SCIH para que possa ser efetuada a notificação compulsória ao Centro de Vigilância Epidemiológica.

Nos casos de meningite de qualquer etiologia, deverá ser instituída a Precaução Respiratória por Gotículas até que o resultado parcial do líquor descarte os agentes etiológicos Haemophilus influenzae e Neisseria meningitidis (meningococo).

Os EPI's a serem utilizados nos usuários em precauções deverão ficar dentro do quarto, próximos à porta, exceto nas Precauções Respiratórias por Aerossóis, quando ficarão do lado externo, próximo a porta do quarto. Devem ser retirados após utilização, na saída do quarto e desprezados no recipiente de resíduos ou coletor dentro do quarto, que deverá estar próximo à porta.

Auxiliares de limpeza deverão realizar a limpeza do quarto em Precauções Por Transmissão por último e, ao término, dirigir-se ao expurgo, lavar os equipamentos de limpeza e lavar as luvas de borracha, secá-las e passar álcool 70%. Quando for possível, individualizar os equipamentos só para este quarto. Nas Precauções de Contato, especialmente por agentes multirresistentes, utilizar sempre avental.

A máscara ou respirador N95 é de uso individual e pode ser utilizada por até sete dias, desde que obedecidos, rigorosamente, os seguintes critérios: não dobrar para não quebrar as fibras do filtro; não molhar; guardar em saco plástico identificado com nome do usuário; quando totalmente saturado, o respirador N95 causa intensa dificuldade respiratória, devendo ser efetuada sua troca. As orientações sobre a máscara N95 devem ser dadas aos acompanhantes, devendo ser utilizada por todas as pessoas durante todo o período de permanência dentro do quarto.

Aventais não estéreis podem ser utilizados por até seis horas pela mesma pessoa. Caso saia do quarto, retirá-lo e mantê-lo de forma que não haja contaminação da face que entra em contato com o corpo do usuário. Estes deverão ser identificados. Os aventais devem ser de mangas longas com punho e traspassados.

As visitas deverão ser em número restrito, orientadas pelo enfermeiro de plantão e proibindo a entrada de crianças.

A coleta de roupa suja nos quartos com Precauções por Transmissão devem ser feitas em saco plástico de cor apropriada, que deve ser fechado no quarto, antes de ser transportado para a sala de roupa suja.

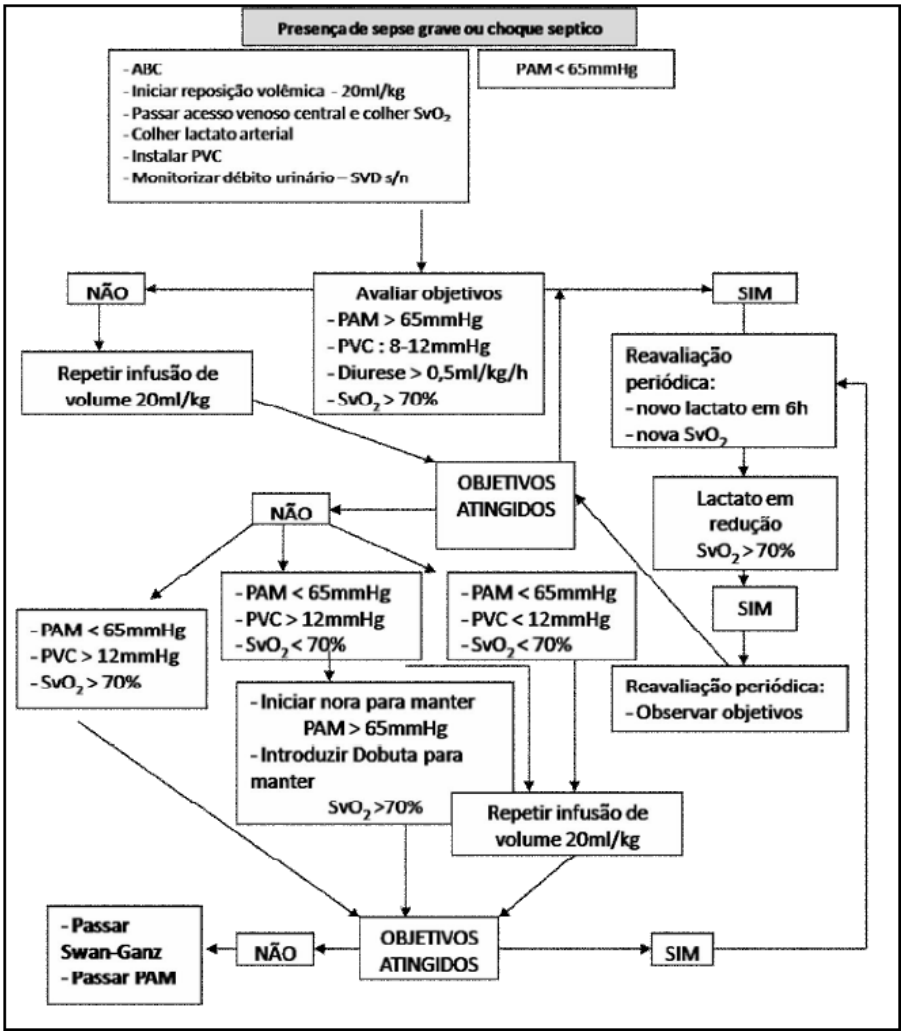
A coleta de resíduos dos quartos deverá ser feita em recipientes ou coletores apropriados, fechados e recolhidos em saco plástico branco, caracterizando-os como resíduo infectante.

Material da Nutrição: a louça será lavada em máquina com temperatura de 55ºC, com detergente, para haver a termo-desinfecção, conforme recomendado pelo CDC. O recolhimento dos utensílios dos quartos em Precaução por Transmissão deverá ser feito por último. Nos quartos submetidos a Precauções Respiratórias por Aerossóis, a entrega e recolhimento

de bandejas poderá ser feita pela equipe de enfermagem que já dispõem da máscara N95, não necessitando assim, da entrada da copeira no quarto.

Esfignomanômetros, estetoscópios e termômetros deverão ser de uso exclusivo até término da indicação da Precaução. A desinfecção dos termômetros é feita através da lavagem com água e sabão seguida de aplicação de álcool a 70%. Os estetoscópios são desmontados e desinfetados com álcool a 70%. Os esfignomanômetros são desinfetados com álcool a 70%, sendo que a braçadeira deverá ser encaminhada para lavagem se estiver muito suja.

PROTOCOLO PARA O MANEJO INICIAL DA SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO



PROTOCOLO PARA REPOSIÇÃO VOLÊMICA NO CHOQUE

Objetivos

Restaurar perfusão tecidual e normalizar o metabolismo oxidativo.

Corrigir hipovolemia absoluta e/ou relativa.

Melhorar débito cardíaco através do aumento da pré-carga.

Administração

Bôlus de volume pré-determinado em infusão rápida

Tipo de reposição

Não há diferenças em termos de mortalidade ou incidência de edema pulmonar em relação ao uso de colóide ou cristalóide. Quando cristalóide ou colóide são usados em expansão para os mesmos níveis de pressões de enchimento, ambos são igualmente efetivos em restaurar a perfusão tecidual.

Apesar da maior formação de edema periférico com o uso de cristalóides, tal efeito é subjetivo e não parece acarretar alteração no metabolismo oxidativo muscular ou intestinal.

Reposição com cristalóides geralmente necessita de 2-4 vezes mais volume que com colóides para se alcançar o objetivo.

Monitorização da reposição volêmica

A reposição volêmica deve ser titulada segundo parâmetros clínicos mensuráveis como frequência cardíaca, débito urinário, pressão arterial média e outros passíveis de serem medidos.

Monitorizar o usuário de forma invasiva e precoce sempre que necessário.

Manter PAM > 65 mmHg de início ou maior de acordo com a necessidade e/ou situação prévia (HAS).

Manter PVC acima de 12 mmHg

Em usuários sépticos e entubados, a variação respiratória da pressão de pulso é um método simples para se predizer a resposta volêmica, sendo que nesse grupo, ela seria o método com melhor sensibilidade e especificidade.

A avaliação da ScvO2 e do lactato arterial deve ser realizada em todos os usuários com choque independente da sua etiologia.

A mensuração do BE na gasometria arterial é outro índice de perfusão ser valorizado, desde que não haja insuficiência renal ou ácidos fixos externos na circulação.

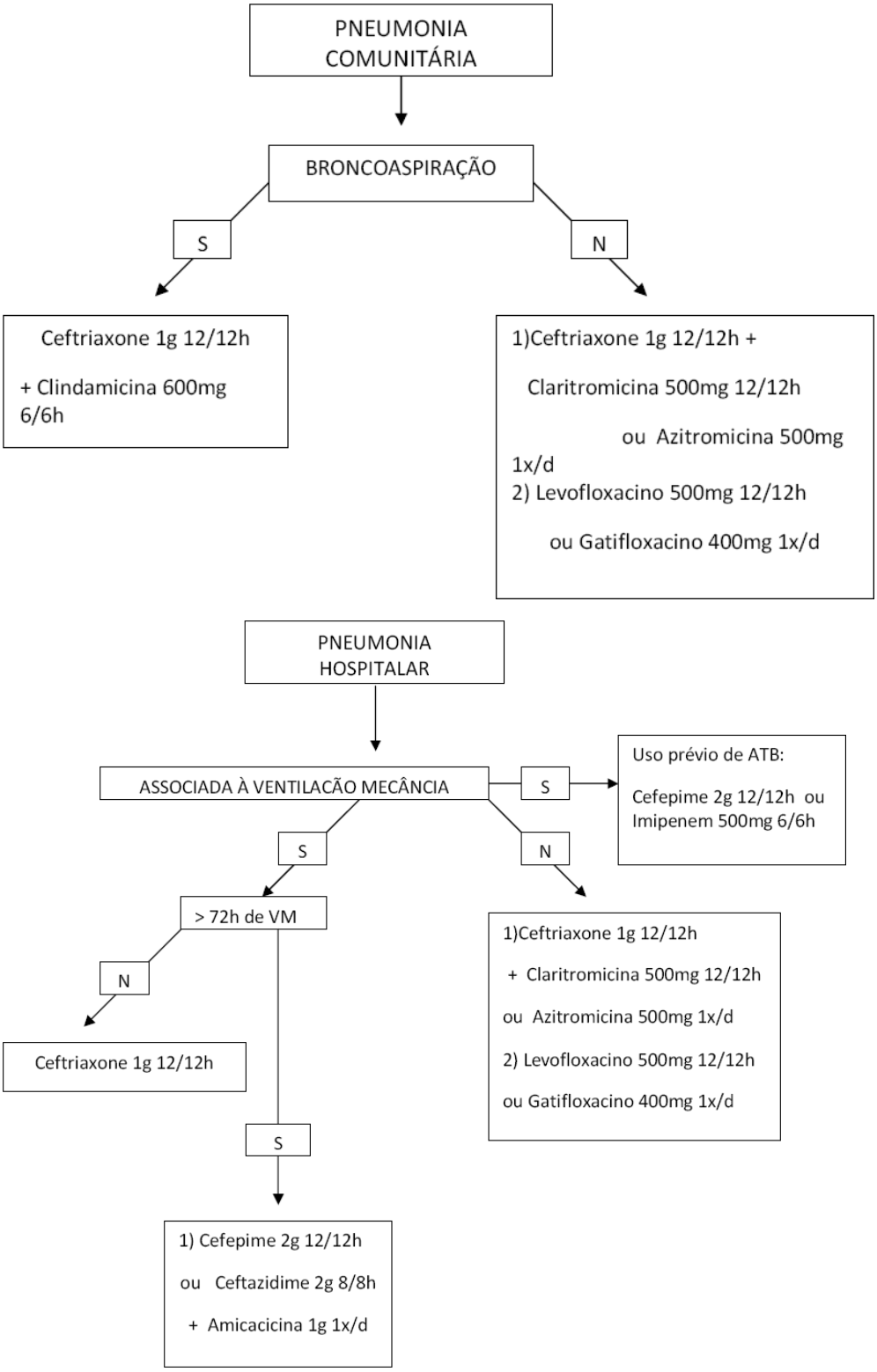
Reposição volêmica

Ringer lactato 20ml / Kg EV – Avaliar sinais clínicos de melhora

Repetir infusão da Solução, caso não apresente melhora do quadro

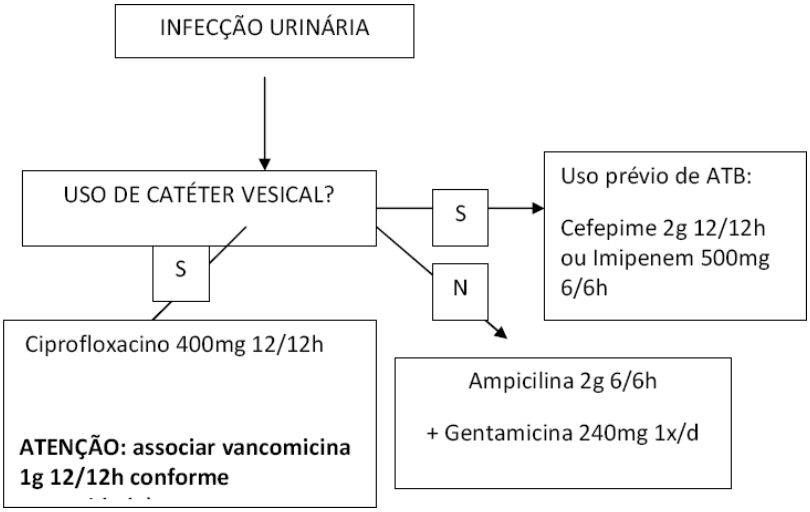
PROTOCOLO PARA TRATAMENTO EMPÍRICO DAS INFECÇÕES

A) PNEUMONIAS TRATAMENTO EMPÍRICO

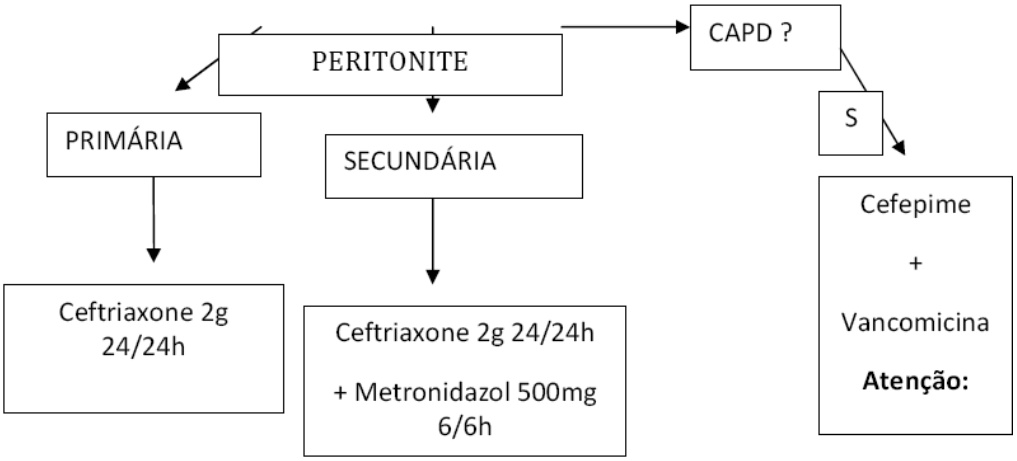


ATENÇÃO: A vancomicina pode ser acrescentada ao tratamento em caso de suspeita de infecção por S. aureus.

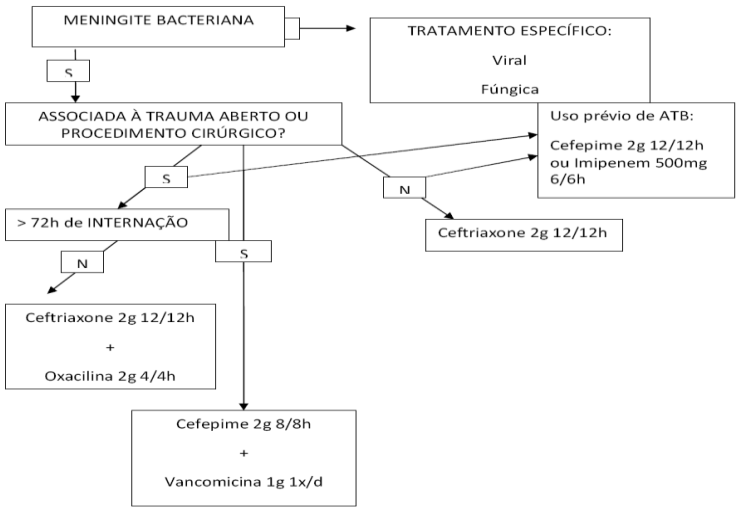
B) INFECÇÕES URINÁRIAS TRATAMENTO EMPÍRICO



C) INFECÇÕES ABDOMINAIS TRATAMENTO EMPÍRICO



D) INFECÇÕES SISTEMA NERVOSO CENTRAL



REGISTRO DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA

OBJETIVO

Realizar o atendimento e cadastro do paciente de acordo com as normas da UPA com atenção, respeito e tratamento humanizado aos pacientes e familiares.

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Recepção

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se Aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Líder Recepção
	Materiais necessários Equipamentos de proteção individual - EPI's (Luva amarela e Verde/Azul, Bota de borracha, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva de procedimento)	Recepcionista

	Dois baldes de cores diferentes ou mop água; Solução detergente (água e sabão); Dois panos; Flanela; Esponja dupla face; Solução desinfetante; Cuidados: Não deixar de usar os EPI´s; Lavar as mãos conforme PQ SCIH 01.	
Fazer	Atividades Principais Verificar se o paciente já possui cadastro na UPA através do Módulo de Cadastros – Pacientes- Busca por nome, Cartão Nacional de Saúde- CNS, Número de RG e/ ou CPF; Fazer o cadastro do paciente no Módulo de Atendimento do Sistema CPC, quando não encontrado com base nos dados do documento de identificação apresentado pelo paciente e/ou responsável; Emitir Ficha de Atendimento no Módulo de Atendimentos- Atendimentos Convênios do Sistema CPC; Solicitar ao paciente e/ou responsável que assine a Ficha de Atendimento; Encaminhar o paciente para Triagem. CUIDADOS Caso o paciente nas informações verbais repassadas, orientando-o a retornar posteriormente para regularização dos dados através de documentação, sinalizando no cadastro no campo Observações que o mesmo foi efetivado sem documento; Pacientes sem qualquer identificação devem ser cadastradas como IGNORADO e repassadas para o Serviço Social sobe pendência para busca de informações sobre o mesmo e posterior alteração cadastro	Recepcionista
Verificar	Avaliar a eficácia das ações através da fiscalização.	Líder Recepção

	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Líder Recepção
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e treinamento; Registrar não conformidades.	Líder Recepção

6 ReGISTRO

O registro gerado neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

ROTINA DO AGENTE DE PORTARIA

OBJETIVO

Controlar o acesso de entradas e saídas de pessoas na unidade, garantindo com que as normas da instituição sejam cumpridas mantendo a segurança do ambiente.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a unidade.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica

5.PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Líder Operacional
	Realizar reuniões diárias para orientação dos funcionários e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros do Livro de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão; Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso) e portando o crachá de identificação de acordo com o local de acesso destinado a elas;	Agentes de Portaria

	Controlar as entradas / saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação; Exigir a identificação, quando julgar necessário; Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias não poderão ficar "descobertas" em momento algum. Havendo necessidade do vigilante se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente; Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral, solicitar de imediato a presença de sua chefia.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Líder Operacional
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Líder Operacional
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições da enfermeira líder.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Líder Operacional
	Tomar correção e ações corretivas	Líder Operacional
	Implantar ações de melhoria.	Todos

6. REGISTROS

6.1. Os registros gerados neste processo,Livro de Ocorrência, são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

PORTARIA DE ACESSO E SAÍDA DE FUNCIONÁRIOS, PRESTADORES DE SERVIÇO E MATERIAIS

OBJETIVO

Controlar o acesso de entradas e saídas de funcionários, prestadores de serviços, pessoas bem como o controle de entrada e saída de materiais na unidade, garantindo com que as normas da instituição sejam cumpridas mantendo a segurança do ambiente.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a unidade.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica

5.PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Diretor (a) Unidade
	Realizar reuniões diárias para orientação dos funcionários e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros do Livro de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	Recursos Necessários Formulário de Controle de entrada/saída de veículos – Prest. de serviço/entrega de materiais;	Agentes de Portaria

	Caneta (azul ou preta); Rádio;	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Controlar o acesso e saída de pessoas e/ou materiais; Realizar revista visual nos veículos e moto; Registrar em formulário próprio a entrada/saída de veículos prestadores de serviço e/ou entrega de materiais; Cobrar o uso do crachá na entrada dos funcionários, caso estejam sem crachá serão encaminhados para a entrada de visitantes/ Administrativa; Não permitir o acesso de pessoas estranhas ou visitantes a empresa sem autorização prévia; Estar sempre atento à movimentação de pessoas no estacionamento, bomba de esgoto e registro da água, solicitando apoio ao encarregado caso verifique alguma anormalidade; Só permitir a saída de materiais pertencente a Unidade com a apresentação da Comunicação Interna assinada pelo encarregado do setor ao qual pertence o material; CUIDADOS Todo bem patrimonial somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc.), mediante a autorização do setor responsável; Quando da retirada de um bem patrimonial, o porteiro deverá conferir o equipamento, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo; Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área do complexo hospitalar, exceto no caso de retirada de cadáveres.	Agentes de Portaria

	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Diretor (a) da Unidade
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) da Unidade
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) da Unidade
	Tomar correção e ações corretivas	Diretor (a) da Unidade
	Implantar ações de melhoria.	Todos

6. REGISTROS

6.1. Os registros gerados neste processo, Livro de Ocorrência,Formulário de Controle de entrada/saída de veículos – Prest. de serviço/entrega de materiais são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

CONTROLE DE ACESSO E SAÍDA DO ADMINISTRATIVO E ACOMPANHANTES

OBJETIVO

Controlar o acesso de pessoas na unidade,prevenir furtos no estacionamento e manter estacionamento organizado, garantindo com que as normas da instituição sejam cumpridas mantendo a segurança do ambiente.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a unidade.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica

5.PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Líder Operacional
	Realizar reuniões diárias para orientação dos funcionários e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros do Livro de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Livro de Ocorrência; Caneta (azul ou preta); Rádio;	Agentes de Portaria
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão; Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso) e portando o crachá de identificação de acordo com o local de acesso destinado a elas;	Agentes de Portaria

	Controlar as entradas / saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação; Exigir a identificação, quando julgar necessário; Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias não poderão ficar "descobertas" em momento algum. Havendo necessidade do vigilante se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente; Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral, solicitar de imediato a presença de sua chefia.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Líder Operacional
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Líder Operacional
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições da enfermeira líder.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Líder Operacional
	Tomar correção e ações corretivas	Líder Operacional
	Implantar ações de melhoria.	Todos

6. REGISTROS

6.1. Os registros gerados neste processo, Livro de Ocorrência, são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAS DA ENFERMAGEM – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E OBSERVAÇÕES

POP ENF 01

OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes e atribuições do Enfermeiro Coordenador.

2ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida Elaboração de Escalas mensais da enfermagem e da equipe multidisciplinar, além de eventuais escalas de datas comemorativas/feriados Programação de férias da equipe de enfermagem e multidisciplinar Elaboração de Normas e Rotinas Programação do Cronograma de Treinamentos	Coord. Enfermagem

Fazer	Coordenar a equipe de enfermagem e multidisciplinar, sendo responsável por mediar conflitos, autorizar bloqueios de agenda, acompanhar agendas e quantidade de atendimentos diários, acompanhamentos de atendimentos mensais, etc. Responder diretamente pela equipe de Enfermeiras(os) e multidisciplinar Planejar e supervisionar/executar atividades educativas, palestras e eventos em datas comemorativas Enviar e/ou acompanhar o envio das planilhas e consolidados, mensalmente. Manter elo de comunicação entre SESAU/Distrito Sanitário/Multicentro de Saúde, no que diz respeito às atividades relacionadas à enfermagem e equipe multidisciplinar Receber e controlar atestados médicos/comparecimento dos profissionais e repasse dos mesmos para o RH Atuar como Responsável Técnica e pelo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Unidade Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor; Fazer cumprir as normas e regulamentos da instituição e rotinas da unidade; Elaborar escalas mensais dos funcionários; Identificar os problemas de enfermagem existentes e encaminhar propostas de soluções Coordenação Geral; Zelar pelas condições ambientais de segurança, visando o bem estar do paciente e da equipe de enfermagem e multidisciplinar; Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos garantindo o uso correto dos mesmos. Planejar e executar educação em serviço; Participar do processo de padronização de materiais / medicações do setor.	Coord. Enfermagem

Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças erealocando-os.; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado; Verificar se check list da Limpeza está sendo realizado. Supervisionar e orientar as atividades educativas/sala de espera realizadas pela equipe de enfermagem, multidisciplinar e preceptores de estágio/estagiários, mensalmente. Supervisionar o cumprimento das atribuições da enfermeira líder.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

O registro gerado neste processo, Escala de funcionário, Cronograma de treinamentos, normas e rotinas que são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP ENF 02

OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes do Enfermeiro Líder

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Supervisionar, acompanhar e orientar os técnicos de enfermagem nas suas atribuições e seus processos;	Enfermeiro Líder
Fazer	Responsável direta pelo setores: Sala de procedimentos, curativos, vacina, teste do pezinho, ECO, ECG e CME, Teste ergométrico, Mapa/ Holter, Sendo responsável pela supervisão dos processos envolvidos em cada setor e gerenciamento; Acompanhar pacientes em situação crítica; Checar e repor o carrinho e maleta de emergência mensalmente; Realizar o pedido do material dos setores; Receber, conferir e encaminhar para os setor "entrega de resultados" os resultados dos exames de preventivo; Receber pacientes com pendências de exames; Cobrar pendências ao laboratório central do exame de preventivo; Coletar dados do consolidado de curativo, atividades desenvolvidas e vacina todo dia 20 de cada mês; Realizar relatório mensal todo dia 24 de cada mês; Responsável pelo Plano de Segurança do Paciente;	Enfermeiro Líder
Verificar	Verificar e acompanhara presença dos funcionários nos setores e seus fluxos nos processos; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Enfermeiro Líder
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem/ Líder

6 ReGISTRO

O registro gerado neste processo, Escala de funcionário, Cronograma de treinamentos, normas e rotinas que são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.GD

POP ENF 03

OBJETIVO

Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios gerais.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermagem / Serviços Gerais/ Tecnico de enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários: Não se Aplica	

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Organizar a sala; Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão; Manter a trocar almotolias semanalmente; Repor materiais e impressos próprios e específicos. CUIDADOS Não se aplica	Equipe de Enfermagem/ Serviços Gerais
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as Atividades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 04

OBJETIVO

Garantir o cumprimento das práticas assépticas diante de um ambiente estéril

ÁREAS ENVOLVIDAS

Equipe de enfermagem e Médico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Luvas de procedimento.	Equipe de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos; Selecionar o par de luvas compatível com as suas mãos; Verificar as condições do invólucro; Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna manuseando somente a parte externa; Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você; Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante; Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados; Inserir a mão não dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada; Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la; Inserir a mão não dominante na luva; Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas	Equipe de Enfermagem

	Procedimento de remoção: Com a mão dominante, segurar a outra luva perto da extremidade do punho e retirá-la, invertendo-a, com a área contaminada no lado interno. Continuar segurando a luva; Deslizar os dedos da mão sem luva para dentro da luva restante. Segurar a luva pela parte interna e retirá-la, virando a parte interna para fora, sobre a mão e a outra luva; Desprezar as luvas em local apropriado; Higienizar as mãos. CUIDADOS Não se Aplica	
Verificar	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informaçã~~o~~ Documentada.

POP ENF 05

OBJETIVO

Realizar o controle glicêmico do cliente de acordo com prescrição médica ou conforme avaliação da necessidade.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Equipe de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento Recursos Necessários Bandeja ou cuba rim; Aparelho de glicemia; Fitas de glicemia; Luvas de procedimento; Bolas de algodão com álcool á 70%; Lanceta automática; Álcool a 70%; Glicosimetro.	Coord. Enfermagem

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Reunir o material necessário; Explicar o procedimento ao Paciente; Lavar as mãos; Retirar uma tira de reagente e tampar o frasco imediatamente; Colocar luvas de procedimento; Fazer anti-sepsia com algodão embebido com álcool a 70% no local a ser puncionado; Puncionar a lateral no dedo ou lóbulo da orelha com lanceta automática. Coletar uma gota grande de sangue, evitando pressionar excessivamente, colocá-la sobre área reagente da fita, cobrindo-a completamente; Avaliar o valor obtido e intervir conforme a necessidade; Retirar a fita reagente e desprezá-la no lixo comum; Tirar as luvas e lavar as mãos; Deixar o ambiente em ordem; Realizar as anotações do cliente e no cartão de controle. CUIDADOS Não se aplica	Equipe de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os, supervisionar a confecção do mapa cirúrgico diário; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

7. HISTÓRIOCO DE MODIFICAÇÕES

ITEM	DESCRIÇÃO	REVISÃO
0	Documento revisado sem alteração	Rev_0X

POP ENF 06

OBJETIVO

Utilizar técnicas e os instrumentos adequados para aferição de medidas antropométricas. WEWFWF

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro, técnico de Enfermagem e Médico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	RECURSOS NECESSÁRIOS Balança Pediátrica e digital; Fita métrica; Antropômetro infantil; Maca; Papel lençol.	

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Se for utilizar balança pediátrica eletrônica (digital): A balança deve estar ligada antes de a criança ser colocada sobre o equipamento. Esperar que a balança chegue ao zero; Despir totalmente a criança com o auxílio da mãe/responsável; Colocar a criança despida no centro do prato da balança, sentada ou deitada, de modo que o peso fique distribuído. Manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento; Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura; Anotar o peso no prontuário; Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança; Retirar a criança. Comprimento: Forrar (papel lençol) a superfície de medida; Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços; Manter, com a ajuda da mãe (ou responsável), a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; e os braços estendidos ao longo do corpo; As nádegas e os calcanhares da criança devem estar em contato com a superfície que apóia o antropômetro; Pressionar, cuidadosamente os joelhos da criança para baixo com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos; Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas pés pernas; Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam; Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada; Anotar o resultado no prontuário	Enfermeiro e técnico de Enfermagem

	Marcar o comprimento na Caderneta de Saúde da Criança; Retirar a criança Perímetro cefálico: Preferencialmente utilizar fita métrica de papel ou de metal flexível, já que a fita métrica flexível pode esticar; Colocar a fita em torno da cabeça da criança, passando pelos pontos imediatamente acima das sobrancelhas e orelhas, e em torno da saliência occipital; Anotar o resultado no prontuário; Marcar a medida na Caderneta de Saúde da Criança. Perímetro torácico: Preferencialmente utilizar fita métrica de papel ou de metal flexível, já que a fita métrica flexível pode esticar; Colocar a fita em torno do tórax ao nível dos mamilos; Anotar o resultado. CUIDADOS Não se Aplica	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os. Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 07

OBJETIVO

Verificar a temperatura para obter valores fidedignos para embasamento das intervenções de enfermagem e condutas médicas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Equipe de enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento Recursos Necessários Termômetro Digital; Algodão embebido em álcool a 70%.	Coord. Enfermagem

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos; Reunir o material; Colocar o paciente em posição confortável; Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único; Secar a região axilar do cliente se necessário; Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito; Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento; Realizar a leitura da Temperatura e intervir conforme a necessidade; Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado; Realizar as anotações , conforme a necessidade. CUIDADOS Não se aplica	Equipe de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os. Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

O registro gerado neste processo, Escala de funcionário, Cronograma de treinamentos, normas e rotinas.

POP ENF 08

OBJETIVO

Conhecer o valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica), para avaliar se o cliente está normotenso, hipotenso ou hipertenso.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de enfermagem, Enfermeiro e Médico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento Recursos Necessários Esfigmomanômetro Aneróide ou digital; Estetoscópio.	Coord. Enfermagem

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas; Certificar-se de que o cliente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida; Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do cliente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço; Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido; Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide. 6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente; Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva; Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o cliente; Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero);	Coord. Enfermagem

	Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, no cartão de controle do cliente. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco; Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas; O cliente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento; Higienizar as mãos; Manter ambiente de trabalho em ordem. CUIDADOS Não se aplica	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

OBJETIVO

Remover suturas da pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido recém formado. Em geral para uma ferida suficientemente cicatrizada, as suturas são removidas 7 a 10 dias após a sua inserção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Médico e Enfermagem

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Saco de lixo leitoso branco; Luvas de procedimento; Luvas estéreis, se necessário; Pinça estéril ou pinça hemostática estéril; Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%); Gaze estéril; Agente anti-séptico de limpeza; Lâmina de bisturi.	

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Reunir todo o equipamento; Abrir o saco de lixo impermeável e colocá-lo próximo da maca em que o cliente estará; Verificar a prescrição médica para confirmar detalhes para esse procedimento; Verificar se o cliente tem alergias, especialmente a solução anti-séptica; Explicar o procedimento ao cliente; Oferecer privacidade e posicionar o cliente de modo que ele se sinta confortável, sem colocar nenhuma linha de tensão sobre a linha de sutura. Higienizar as mãos; Usar luvas de procedimento para retirada de curativo se existir. Descarte o curativo e as luvas no saco de lixo impermeável; Observar a ferida do cliente para identificar a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos. Avise ao médico se a ferida não houver cicatrizado adequadamente; Estabelecer uma área estéril de trabalho com todos os equipamentos e suprimentos de que você vá necessitar para a remoção de suturas e cuidados com a ferida; Abrir a bandeja estéril, calçar as luvas estéreis; Usar técnica estéril, limpar a linha de sutura para diminuir a quantidade de microrganismos presentes e reduzir o risco de infecção. O processo de limpeza deve também umedecer as suturas para facilitar a remoção; Cortar as suturas junto à superfície da pele em um dos lados da parte visível da sutura. Como a parte visível de uma sutura está exposta às bactérias da pele e é considerada contaminada; Remover a sutura levantando e puxando a parte visível para fora da pele para evitar que essa porção contaminada atravesse o tecido subcutâneo; Remover pontos alternados se houver prescrição, para manter algum ponto de apoio para a incisão. Em seguida, retorne ao início e remova os pontos remanescentes;	Coord. Enfermagem

	Limpar a incisão delicadamente com compressas de gazes estéreis embebidas em clorexidine alcoólica a 0,5%, após haver removido todos os pontos; Descartar as luvas, no saco de lixo e limpar ou descartar o material e os suprimentos contaminados; CUIDADOS PONTOS SIMPLES INTERROMPIDOS: Usando pinças estéreis ou luvas estéreis, prenda o nó da primeira sutura e levante-o da pele. Isto irá expor uma pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele. Coloque a ponta romba de uma tesoura de sutura curva ou lamina de bisturi contra a pele e corte na altura da porção exposta do fio de sutura. Em seguida, ainda segurando o nó, puxe o fio de sutura cortado para cima e para fora da pele com um movimento suave e contínuo para evitar causar dor ao cliente. Descarte o fio de sutura. Repita o processo para pontos alternados inicialmente; se a ferida não apresentar deiscência, você pode então remover os pontos remanescentes da maneira indicada. PONTOS SIMPLES CONTÍNUOS: Corte o primeiro ponto ao lado oposto do nó. Em seguida, corte o mesmo lado do ponto seguinte. Levante, então, a primeira linha de sutura para fora em direção ao nó. Proceda da mesma maneira ao longo da linha de sutura, segurando cada porção do fio de sutura tal como você segurou a primeira. PONTOS SEPARADOS DO TIPO COLCHOEIRO: Se possível, remova a pequena porção visível do fio de sutura oposto ao nó, cortando cada uma das extremidades visíveis e retirando a pequena porção para longe da pele para evitar puxá-la através da pele, e com isso, contaminar o tecido subcutâneo. Remova então o restante do fio de sutura puxando-o na direção do nó. Se a porção visível for muito pequena para ser cortada duas vezes, corte-a apenas uma vez e puxe o fio de sutura inteiro na direção oposta. Repita estes passos para cada um dos fios de sutura remanescentes e monitore a incisão cuidadosamente PONTOS CONTÍNUOS DO TIPO COLCHOEIRO: Siga o procedimento para a remoção dos pontos de colchoeiro interrompidos, removendo primeiro a pequena porção visível do fio de sutura, se possível, para evitar puxá-lo através da pele e, assim,	

	contaminar o tecido subcutâneo. Extraia então o resto do fio de sutura na direção do nó.	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 10

OBJETIVO

Utilizar técnicas e os instrumentos adequados para aferição de medidas antropométricas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro, técnico de Enfermagem e medico.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	RECURSOS NECESSÁRIOS Balança; Estadiômetro.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Se for utilizar balança eletrônica (digital): A balança deve estar ligada antes do indivíduo posicionar-se sobre o equipamento. Esperar que na balança chegue ao zero. Colocar a criança, adolescente ou adulto, no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição. Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor. Anotar o peso no prontuário. Retirar a criança, adolescente ou idoso da balança.	Enfermeiro e técnico de Enfermagem

	Para crianças, anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança. Estatura: A estatura é a medida do indivíduo na posição de pé, encostado numa parede ou antropômetro vertical. Posicionar a criança, adolescente ou idoso descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. A cabeça do indivíduo deve ser posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal). As pernas devem estar paralelas, mas não é necessário que as partes internas das mesmas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas. Idealmente, o indivíduo deve encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no estadiômetro ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar o indivíduo, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento. Anotar o resultado no prontuário. Para crianças, anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança; CUIDADOS Não se Aplica	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 11

OBJETIVO

Interpretação das aferições antropométricas para estabelecimento do diagnóstico nutricional.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro e medico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem

<table>
<tr><td></td><td>Recursos Necessários

Tabela para avaliação do estado nutricional através do IMC específico para idosos.</td><td>Enfermeiro</td></tr>
<tr><td>Fazer</td><td>ATIVIDADES PRINCIPAIS

Calcular o IMC : IMC= Peso / Estatura²

Classificar o Estado Nutricional de acordo com IMC – tabela especifica do idosos:
<table>
<tr><td>IMC (Kg/m²)</td><td>Diagnóstico nutricional</td></tr>
<tr><td>≤ 22</td><td>Baixo peso</td></tr>
<tr><td>>22 e < 27</td><td>Eutrófico</td></tr>
<tr><td>≥ 27</td><td>Sobrepeso</td></tr>
</table>
Fonte: BRASIL, 2004

Apresentar ao idoso ou a seu responsável o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre idosos: sobre peso; baixo peso; e ocorrência de perda de peso significativa nos últimos meses.

CUIDADOS

Não se Aplica</td><td>Enfermeiro</td></tr>
<tr><td>Verificar</td><td>Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os;

Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.</td><td>Coord. Enfermagem</td></tr>
<tr><td>Agir</td><td>Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento;

Registrar não conformidades.</td><td>Coord. Enfermagem</td></tr>
</table>

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada

POP ENF 12

OBJETIVO

Avaliar a normalidade da Pressão Arterial o de Exames Bioquímicos.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Tabela para avaliar a normalidade da pressão arterial; Valores de referência para avaliar os níveis glicêmicos, presença de anemia e perfil lipídico, função renal e hepática.	Enfermeiro
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Avaliar a Pressão Arterial Calcular a idade gestacional:	Enfermeiro

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial

Avaliar os níveis glicêmicos:

VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA(EM MG/DL) PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELITO E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS			
Diagnósticos	**Glicemia de jejum***	**Glicemia pós prandial (2h após 75 g de glicose anidra)**	**Ao acaso****
Glicemia Normal	< 110	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	>110 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica de no mínimo 08 horas.
** Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.
*** Os sintomas clássicos de diabetes incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso.

Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

O ponto de corte para o diagnóstico do diabetes gestacional a partir da glicemia de jejum é de 126mg/dl; para a glicemia de duas horas é de 140mg/dl, assim como é realizado para o diagnóstico de tolerância à glicose diminuída fora da gestação (BRASIL 2006c)

Avaliara presença de anemia:

Exame	Referência	
	Masculino	Feminino
Hemácias (Hm)	4,32 – 5,52 milhões/mm³	3,9 – 5,03 milhões/mm³
Hemoglobina (Hg)	13,5 – 18,0 g/dl	12,0 – 16,0 g/dl
Hematócrito (Ht)	40 – 50 %	35 – 45 %

VCM	87,0 – 103,0 mm³/eritrócito	87,0 – 103,0 mm³/eritrócito		
HCM	26,0 – 34,0 g/eritrócitos	26,0 – 34,0 g/eritrócitos		
CHCM	32 – 37 mg/dl	32 – 37 mg/dl		

Avaliar o perfil lipídico:

Exame	Referência
Colesterol Total	Desejável: < 200 mg/dl Limite: 200 – 239 mg/dl Elevado: > 230 mg/dl
HDL	Desejável: > 40 mg/dl Baixo: < 40 mg/dl
LDL	Desejável: < 130 mg/dl Limite: 130 - 159 mg/dl Alto: >160 mg/dl
Triglicérides	Desejável: < 150 mg/dl Limite: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muito alto: > 500 mg/dl

Avaliar a função renal:

Exame	Referência	
	Feminina	Masculina
Uréia	10,0 – 45,0 mg/dl	10,0 – 45,0 mg/dl
Creatinina	0,6 – 1,0 mg/dl	0,8 – 1,2 mg/dl

Avaliar a função hepática:

Exame	Referência	
	Feminina	Masculina

	TGO (AST)	Até 32 U/L	Até 38 U/L	
	TGP (ALT)	Até 31 U/L	Até 41 U/L	

Orientar o adulto quanto aos resultados dos exames bioquímicos (anemia, dislipidemias, etc) realizados;

Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).

CUIDADOS

Não se Aplica

Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 13

OBJETIVO

Avaliar as medidas antropométricas

Avaliar os índices antropométricos a partir dos gráficos ou tabelas de crescimento infantil;

Avaliar a orientação da curva de crescimento, segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal ou descendente).

Estabelecer o diagnóstico nutricional com base nas medidas antropométricas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro e Médico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

<table>
<tr><th>Fase</th><th>Ação</th><th>Quem</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Planejamento</td><td>Definir conduta a ser seguida.
Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento
Elaborar cronograma de treinamento</td><td>Coord. Enfermagem</td></tr>
<tr><td>Recursos Necessários
Gráficos da população de referência da OMS (2006) para os índices antropométricos: peso/idade, estatura/idade, peso/estatura, IMC/idade;
Tabela para classificação do estado nutricional para cada índice antropométrico.</td><td>Enfermeiro</td></tr>
<tr><td>Fazer</td><td>ATIVIDADES PRINCIPAIS
Primeiramente avaliar o peso ao nascer para recém nascidos:
Classificação do estado nutricional de crianças imediatamente após o nascimento
<table>
<tr><th>PESO AO NASCER</th><th>CLASSIFICAÇÃO</th></tr>
<tr><td>≥ 2500g</td><td>Peso adequado</td></tr>
<tr><td>< 2500g</td><td>Baixo peso ao nascer</td></tr>
</table></td><td>Equipe de Enfermagem</td></tr>
</table>

< 1500g	Muito baixo peso ao nascer

Fonte: (OMS, 1993)

Calcular o IMC: IMC= $\frac{\text{Peso}}{\text{Estatura}^2}$

Calcular os Índices Antropométricos. Os índices antropométricos a seguir deveram ser utilizados:

Crianças menores de 5 anos

Estatura-para-idade

Peso-para-idade

Peso-para-estatura

IMC-para-idade

Crianças de 5 a 10 anos:

Estatura-para-idade

Peso-para-idade

IMC-para-idade

Realizar a relação Perímetro Torácico (PT) / Perímetro Cefálico (PC)

A relação PT/PC quando igual a 1 é indicativo de eutrofia e quando menor que 1 é indicativo de desnutrição energético-proteica;

Apresentar o diagnóstico encontrado à mãe ou responsável pela criança no momento do atendimento, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso. São situações de alerta entre crianças:

Peso elevado para idade, com curva de crescimento ascendente;

Curvas de crescimento horizontal ou descendente entre crianças eutróficas;

Muito baixo peso;

Déficit de altura. Para menores de 2 anos, o déficit de altura pode ser recuperado na maioria dos casos com uma intervenção adequada e imediata.

CUIDADOS

Não se Aplica

Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 14

OBJETIVO

Interpretação das aferições antropométricas para estabelecimento do diagnóstico nutricional.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro e Medico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem

<table>
<tr><td rowspan="2">Planejamento</td><td>Definir conduta a ser seguida.

Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento

Elaborar cronograma de treinamento</td><td>Coord. Enfermagem</td></tr>
<tr><td>Recursos Necessários

Tabela para classificação do estado nutricional segundo o IMC.

Tabela para classificação do risco de complicações metabólicas associadas a obesidade através da medida da circunferência da cintura.</td><td>Enfermeiro</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fazer</td><td>ATIVIDADES PRINCIPAIS

Calcular o IMC: IMC= <u>Peso</u>
Estatura²

Classificar do Estado Nutricional de acordo com IMC:</td><td rowspan="2">Enfermeiro</td></tr>
<tr><td>
<table>
<tr><th>CLASSIFICAÇÃO</th><th>IMC (KG/M2)</th><th>RISCO DE MORMIDADES</th></tr>
<tr><td>Desnutrição grave</td><td><16</td><td>Alto</td></tr>
<tr><td>Desnutrição moderada</td><td>16-16,9</td><td>Moderado</td></tr>
<tr><td>Desnutrição leve</td><td>17-18,4</td><td>Baixo</td></tr>
<tr><td>Desnutrição</td><td><18,5</td><td></td></tr>
<tr><td>Normal</td><td>18,5-24,9</td><td>Média</td></tr>
<tr><td>Sobrepeso</td><td>≥25</td><td></td></tr>
<tr><td>Pré-obesidade</td><td>25-29,9</td><td>Baixo</td></tr>
<tr><td>Obesidade classe 1</td><td>30-34,9</td><td>Moderado</td></tr>
<tr><td>Obesidade classe 2</td><td>35-39,9</td><td>Alto</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
<table>
<tr><td>Obesidade classe 3</td><td>≥40</td><td>Muito Alto</td><td></td></tr>
</table>
Fonte: OMS (1995, 1998)

Avaliar a medida de cintura.

Risco de compilações metabólicas associadas à obesidade
<table>
<tr><td></td><td>Normal</td><td>Risco aumentado</td><td>Alto Risco</td></tr>
<tr><td>Homens</td><td>< 94 cm</td><td>95 - 102 cm</td><td>>102 cm</td></tr>
<tr><td>Mulheres</td><td>< 80 cm</td><td>81 - 88 cm</td><td>>88 cm</td></tr>
</table>
Fonte: OMS, 1998

Apresentar ao adulto o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas IMC= Peso Estatura² orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre adultos: sobrepeso; obesidade; e baixo peso.

Encaminhar ao serviço de nutrição se necessário.

CUIDADOS

Não se Aplica
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verificar</td>
<td>Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os;

Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.</td>
<td>Coord. Enfermagem</td>
</tr>
<tr>
<td>Agir</td>
<td>Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento;

Registrar não conformidades.</td>
<td>Coord. Enfermagem</td>
</tr>
</table>

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 15

OBJETIVO

Manter carro de emergência pronto pra uso

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Relação padrão de material/medicamentos do carro de emergência; Lacre; Impresso de registro de conferência e reposição.	Enfermeiro
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Conferir todo material e medicamentos do carro de emergência de acordo com padrão estabelecido; Verificar validade:	Enfermeiro

	Dos materiais esterilizados (validade 90 dias) se estiverem em papel grau, exceto as laminas(validade 30 dias); Dos medicamentos (com 90 dias para vencer, retirar e encaminhar para a farmácia, protocolados); Dos materiais hospitalares (com 90 dias para vencer o prazo de validade, retirar e encaminhar para almoxarifado, protocolados). Solicitar material/medicação para reposição; Repor o carro de emergência após o uso e lacrar; Registrar no impresso: controle de material/medicação do carro de emergência: A retirada;EFFF A reposição; As numerações dos lacres; Testar laringoscópio, desfibrilador, torpedo de O_2 – Registrar em impresso próprio diariamente; Conferência mensal. CUIDADOS A responsabilidade da conferência e reposição do é exclusivamente do enfermeiro, segundo cronograma de atividades; Não colocar nenhum material sobre o carro de emergência que não seja do padrão estabelecido; O carro de emergência deverá permanecer na Sala de Teste Ergométrico; Após conferência/reposição, o carro de emergência deve estar lacrado e pronto para uso em caso de nova intercorrências.	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 16

OBJETIVO

Realizar de forma eficiente aferição da pressão arterial

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Esfigmomanômetro Estetoscópio.	Técnicos de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS	Técnicos de Enfermagem

	Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas; Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida; Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço; Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido. Posicionar os olhos no mesmo do mostrador do manômetro. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero). Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida; Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco;	

	Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas; O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento; Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinar e carimbar; Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA; Registrar procedimento em planilha de produção; Lavar as mãos; Manter ambiente de trabalho em ordem. CUIDADOS Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos; Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses; Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada; Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço; Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada

POP ENF 17

OBJETIVO

Avaliar a normalidade da Pressão Arterial o de Exames Bioquímicos.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermeiro e medico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Tabela para avaliar a normalidade da pressão arterial; Valores de referência para avaliar os níveis glicêmicos, presença de anemia e perfil lipídico, função renal e hepática.	Enfermeiro

ATIVIDADES PRINCIPAIS

Avaliar a Pressão Arterial Calcular a idade gestacional:

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2006b.

Avaliar os níveis glicêmicos:

Enfermeiro

VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA(EM MG/DL) PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELITO E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS			
Diagnósticos	**Glicemia de jejum***	**Glicemia pós prandial (2h após 75 g de glicose anidra)**	**Ao acaso****
Glicemia Normal	< 110	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	>110 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica de no mínimo 08 horas.
** Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.
*** Os sintomas clássicos de diabetes incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso.

Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Fazer

O ponto de corte para o diagnóstico do diabetes gestacional a partir da glicemia de jejum é de 126mg/dl; para a glicemia de duas horas é de 140mg/dl, assim como é realizado para o diagnóstico de tolerância à glicose diminuída fora da gestação (BRASIL 2006c)

Avaliara presença de anemia:

Exame	Referência	
	Masculino	Feminino
Hemácias (Hm)	4,32 – 5,52 milhões/mm³	3,9 – 5,03 milhões/mm³
Hemoglobina (Hg)	13,5 – 18,0 g/dl	12,0 – 16,0 g/dl
Hematócrito (Ht)	40 – 50 %	35 – 45 %
VCM	87,0 – 103,0 mm³/eritrócito	87,0 – 103,0 mm³/eritrócito
HCM	26,0 – 34,0 g/eritrócitos	26,0 – 34,0 g/eritrócitos
CHCM	32 – 37 mg/dl	– 37 mg/dl

Avaliar o perfil lipídico:

Exame	Referência
Colesterol Total	Desejável: < 200 mg/dl Limite: 200 – 239 mg/dl Elevado: > 230 mg/dl
HDL	Desejável: > 40 mg/dl Baixo: < 40 mg/dl

LDL	Desejável: < 130 mg/dl Limite: 130 - 159 mg/dl Alto: >160 mg/dl
Triglicérides	Desejável: < 150 mg/dl Limite: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muito alto: > 500 mg/dl

Avaliar a função renal:

Exame	Referência	
	Feminina	Masculina
Uréia	10,0 – 45,0 mg/dl	10,0 – 45,0 mg/dl
Creatinina	0,6 – 1,0 mg/dl	0,8 – 1,2 mg/dl

Avaliar a função hepática:

Exame	Referência	
	Feminina	Masculina
TGO (AST)	Até 32 U/L	Até 38 U/L
TGP (ALT)	Até 31 U/L	Até 41 U/L

Orientar o idoso quanto aos resultados dos exames bioquímicos (anemia, dislipidemias, etc) realizados;

Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).

Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 18

OBJETIVO

Realizar de forma eficiente o exame

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Lençol descartável; Álcool a 70%;	Técnicos de Enfermagem

	Papel toalha; Peras e Braçadeiras; Eletrodos; Gazes; Gel condutor para ECG.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO EXAME: Método gráfico capaz de captar ondas elétricas do coração e registrá-las, para análise posterior do médico; OBJETIVO: identificação das ondas elétricas normais ou patológicas do coração, permitindo análise do ritmo cardíaco normal ou ritmos patológicos, tecido de condução intra e inter atriais e ventriculares, identificando bloqueios de condução, sobrecarga de câmaras atriais ou ventriculares, análise da repolarização ventricular identificando isquemias, infartos agudos ou cicatrizados; REALIZAÇÃO: Paciente é acomodado (a) em maca apropriada, em decúbito dorsal, com o tórax desnudo em sexo masculino e com sutiã ou top de ginástica ou camisa pessoal com botões de abertura central e manga curta em sexo feminino, com as palmas das mãos voltadas para cima. Paciente é identificado (a) no monitor do computador usado exclusivamente para este fim. Realiza-se o registro, gravação e impressão gráfica do eletrocardiograma com 12 derivações, após posicionar 6 peras na região frontal do tórax e as 4 braçadeiras nas extremidades dos membros inferiores e superiores obedecendo-se à padronização estabelecida, quanto às cores que definem cada posição correta: V1: 4º. Espaço intercostal direito justa esternal; V2: 4º. Espaço intercostal esquerdo justa esternal V3: entre V2 e V4; V4: 5º. Espaço intercostal esquerdo na linha médio clavicular; V5: 5º. Espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior;SWF V6: 5º. Espaço intercostal esquerdo na linha médio axilar;	Técnicos de Enfermagem

	Braçadeira vermelha: antebraço direito; Braçadeira preta: na região tibial inferior direita; Braçadeira amarela: antebraço esquerdo; Braçadeira verde: região tibial inferior esquerda. Análise e emissão imediata do laudo específico pelo médico; Envio do exame para empresa responsável pelo laudo Liberação do paciente com orientação para retirada do resultado no dia e local determinado. CUIDADOS Fazer limpeza do manguito após cada uso e usar álcool a 70%; Lavagem a cada 15 dias Será encaminhado para o CME na UPA.	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 20

OBJETIVO

Ter melhor controle dos sinais vitais do paciente. ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Termômetro; Álcool a 70%; Algodão; Oximetro; Relógio analógico	Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Temperatura: Lavar as mãos, conforme protocolo especifico; Fazer fricção com álcool 70% do bulbo para a extremidade do termômetro; Secar a axila do paciente; Observar a coluna de mercúrio; Colocar o Termômetro na axila do paciente por 3 minutos, com o bulbo em contato direto com a pele;	Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

	Comprimir o braço do paciente de encontro ao tórax; Retirar o termômetro, ler a temperatura e registrar em local especifico; Preencher os dados da criança no livro de registro; Pulso: Lavar as mãos, conforme protocolo especifico; Pressionar o dedo indicador sobre o pulso radial, carotídea, umeral, femural, poliptéia, pedial anterior ou posterior em 1 minuto, contando os batimentos e observando o ritmo. Registrar em prontuário. Respiração: Observar os movimentos inspiratórios torácicos ou abdominais; Contar as incursões respiratórias por 1 minuto, observando ritmo e profundidade; Registrar em prontuário.	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os, supervisionar; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

OBJETIVO

Realizar de forma eficiente o exame

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%; Gaze; Luva de procedimento; Malha tubular; Eletrodos; Aparelho de barbear; Micropore; Caixa de perfuro cortante; Cinto de couro ou atadura.	Médicos, técnicos de Enfermagem e Enfermeiros
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS **H**OLTER (Eletrocardiografia dinâmica 24h): EQUIPAMENTOS: computador, gravador de Holter e cabo de monitor;	Médicos, técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

	CARACTERÍSTICAS DO EXAME: gravação do traçado eletrocardiográfico contínuo do paciente em 24 horas; OBJETIVO: avaliação de todos os eventos eletrocardiográficos que envolvem arritmias, taquiarritmias, bradiarritmias, bloqueios de condução inter e intraventriculares, correlacionando com as atividades e os sintomas referidos e anotados pelo paciente em determinados momentos com possíveis alterações eletrocardiográficas; Paciente é acomodado (a), com o tórax desnudo em sexo masculino e com sutiã ou top de ginástica em sexo feminino; Paciente é monitorizado com 4 eletrodos descritos, após limpeza da pele com gaze e álcool 70%. A disposição dos eletrodos é realizada de acordo com projeção ortogonal assim dispostos: Vermelho: 5º. Espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior esquerda Branco: 5º. Espaço intercostal direito na linha axilar anterior direita Verde: região subcostal esquerda na linha médio-clavicular Preto: região para esternal esquerda no 1º. Espaço intercostal esquerdo Procede-se a conexão dos eletrodos com fios dos rabichos. Após introduz-se 1 pilha recarregável AA, fecha-se o compartimento do gravador, quando se ouvirá um ruido (sinal de conexão) . Aguarda-se após este procedimento cerca de 30 segundos quando ouviremos um novo ruído (sinal) que comprovará o início de gravação, cujo horário será anotado; Coloca-se o gravador dentro de um recipiente que é fixado em cinto próprio do paciente ou cinto do próprio instrumental e ajustado de acordo com a cintura abdominal individual. O paciente receberá um formulário contendo sua identificação, indicações do procedimento, medicamentos de uso atual, e local para anotação de atividades e sintomas concomitante ao horário do evento, durante as 24 horas de gravação. Paciente é orientado previamente a higiene pessoal diária antes de vir para a unidade instalar o dispositivo e não deverá “tomar banho” nas próximas 24 horas.	

	Deverá comparecer à unidade no dia seguinte, normalmente pela manhã, no mesmo horário de instalação no dia anterior para que se proceda à retirada do equipamento. RESULTADO: após transferir todas as informações para o computador, o médico deverá proceder a análise, conferir o laudo, que será entregue 15 dias após a realização, com raras exceções; M.A.P.A. (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) EQUIPAMENTOS: computador e gravadores de MAPA e braçadeira e manguito de Pressão Arterial tamanhos P, M, G de acordo com a necessidade do paciente; CARACTERÍSTICAS DO EXAME: Aferição e gravação da pressão arterial em intervalos pré-determinados no período de 24 horas; OBJETIVO: Fazer diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, avaliação e acompanhamento de pacientes em uso de drogas anti-hipertensivas; REALIZAÇÃO: Horário e preparo pré-agendado. Recomendações de preparo informadas ao paciente um dia antes. No horário marcado o paciente é acomodado, dentro da sala de exames. Material usado para limpeza com gaze e álcool 70%. Paciente é orientado previamente quanto à higiene pessoal diária antes de vir para a unidade instalar o dispositivo e não deverá "tomar banho" nas próximas 24 horas. A 1ª. Aferição é realizada dentro da sala de exames e as demais conforme programação computadorizada do aparelho. Instala-se o gravador dentro de um recipiente que é fixado em um cinto do próprio instrumental e ajustado para melhor conforto do paciente. O paciente receberá um diário contendo sua identificação, medicamentos em uso e local para anotações de atividades e sintomas durante as 24 h da gravação. O paciente é orientado comparecer à unidade no dia seguinte no horário pré estabelecido para a retirada do equipamento.	

	RESULTADO: após transferir todas as informações para o computador, o médico deverá proceder a análise, conferir o laudo, que será entregue 15 dias após a realização, com raras exceções CUIDADOS Fazer limpeza do manguito após cada uso e usar álcool a 70%; Lavagem a cada 15 dias;	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

]

POP ENF 22

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%; Gaze; Água; Sabão Neutro.	Técnico de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Sempre que for conectar ou soltar o cabo, faça força no conector, nunca puxe pelo próprio cabo evitando quebras; Realizar limpeza diária dos cabos paciente com álcool 70% a fim de remover resíduos de cola do micropore; Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores. CUIDADOS Não se Aplica	Técnico de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada. DDGDG

POP ENF 23

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Eletroencefalograma

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Água; Sabão neutro; Escova de haste macia.	Técnico de Eletroencefalo grama

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Desligue sempre o equipamento e desconecte-o da tomada de energia antes de iniciar a limpeza; Sempre que for conectar ou soltar o cabo, faça força no conector, nunca puxe pelo próprio cabo evitando quebras; Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores; Não utilize produtos químicos como derivados da benzina (benzina, removedores etc), para limpar os acessórios; CUIDADOSGGDG Não se Aplica	Técnico de Eletroencefalo grama
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 24

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%; Luva de procedimento; Sabão neutro; Pano Limpo.	Técnico de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Lavar com água, sabão neutro e esfregar com pano limpo; Friccionar com pano umedecido com álcool 70%, apenas nas partes metálicas; Deixar secar naturalmente. CUIDADOS Não se Aplica	Técnico de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado.	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 25

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%; Luva de procedimento; Avental impermeável; Óculos de proteção; Água; Sabão neutro; Detergente neutro com ou sem enzimas; Mascara de proteção.	Técnico de Enfermagem

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS DEFINIÇÕES DESCONTAMINAÇÃO – remoção de microrganismos patogênicos na forma vegetativa de objetos e superfícies contaminados com matéria orgânica fazendo com que os mesmos fiquem seguros para serem manuseados durante o processo de limpeza manual (Resolução SS-392 da SESAU de São Paulo). O processo pode ser químico (soluções germicidas) ou físico (lavadoras automáticas); LIMPEZA – completa remoção de toda sujidade e material orgânico dos objetos e é o mais eficiente meio de redução da carga microbiana dos artigos. O processo pode ser feito com água, detergente e ação mecânica manual, lavadoras ultrassônicas ou de túnel ou por imersão em solução enzimática. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização; DESINFECÇÃO – processo que elimina formas vegetativas de microrganismos patogênicos de objetos inanimados. Pode ser feita através de processos químicos (soluções germicidas) ou físicos (fervura e máquinas lavadoras – desinfetadoras). A atividade antimicrobiana de qualquer solução germicida pode ser alterada por erros na diluição e presença de matéria orgânica; ESTERILIZAÇÃO – processo que utiliza métodos químicos (óxido de etileno, peróxido de hidrogênio, ácido peracético ou glutaraldeído) ou físicos (esterilização em autoclave ou estufa) para destruir todas as formas de vida microbiana (vegetativas ou esporuladas) e aplica-se especificamente para objetos inanimados. A efetividade dos processos de esterilização e/ou desinfecção depende do tipo e do volume estimado de contaminantes no objeto (bioburden), temperatura, tempo de contato, concentração do produto e natureza do objeto. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS limpeza é o primeiro passo para o processamento de artigos, e está intimamente ligada à qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Consiste na retirada da sujidade depositada em superfícies inanimadas, incluindo a matéria orgânica, por meio de uma ação mecânica, com o objetivo de garantir a eficácia do processo de desinfecção ou esterilização e preservar o artigo. Todo artigo para ser submetido à desinfecção deve primeiro ser adequadamente limpo, facilitando assim o contato do agente desinfetante. A falha em procedimentos de limpeza pode	Técnico de Enfermagem

	comprometer os procedimentos seguintes (desinfecção e esterilização); Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis, para que se efetue uma boa limpeza; Limpeza manual: é um procedimento realizado manualmente, onde a sujidade é removida por meio da ação física com auxílio de detergente, água e artefatos como escova e esponja; Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção. Não utilizar artefatos abrasivos, ou seja, utilizar escovas de cerdas macias e esponjas e após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente utilizado. As escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas. Para limpeza utilizar sempre detergente neutro ou enzimático que não danifique o material. Detergentes domésticos contêm lipídeos, que podem formar biofilme, dificultando o processo de limpeza e a desinfecção / esterilização. A solução deve ser trocada de acordo com orientação do fabricante sempre que estiver saturada; A limpeza manual oferece maior risco de contaminação ao profissional de saúde, seja por respingos de matéria orgânica em mucosas, seja pelos acidentes com material perfurocortante, portanto, o uso de equipamento de proteção individual (luvas de cano longo, óculos de proteção, aventais impermeáveis e máscara) se faz necessário. Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes. CUIDADOS Não se Aplica	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada. FUJ

POP ENF 26

OBJETIVO

Prestar assistência de primeiros socorros ao paciente que sente-se mal durante a espera do atendimento, preservando a vida do paciente.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Equipe de Enfermagem e Médicos

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Consiste em um atendimento de urgência possibilitando identificar do mal estar d paciente e direcioná-lo a obter o atendimento médico necessário para assegurar sua vida.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. de Enfermagem

	Materiais Necessários: Lençol descartável; Luva de procedimento; Estetoscópio; Esfigmomanômetro;	Técnicos de Enfermagem
Fazer	Ao perceber que o paciente está passando mal na unidade a equipe presente aciona imediatamente o enfermeiro da unidade; O enfermeiro encaminha o paciente para a sala de procedimento; Na sala de procedimento verifica-se os SSVV: pulso, pressão, glicemia, saturação, frequência cardíaca; É realizado pela enfermeira ou médico ainda na sala de procedimento a avaliação neurológica do paciente, Escala de Glasgow; Observar o nível de consciência e responsividade do mesmo. Se lúcido e orientado procuramos obter o máximo de informações, como: se tem acompanhante; quais as queixas, se sente dor, nível e localização da dor: leve, moderado, intenso; se apresenta doenças, Diabetes, HAS ou outra patologia; se faz uso de algum medicamento, qual medicamento; alergias. Caso não tenha acompanhante, entramos em contato com algum parente ou familiar e explicamos o ocorrido, solicitando a presença do mesmo para acompanhá-lo; Se os sinais vitais estão dentro dos parâmetros, orientamos o paciente a procurar uma UPA; Se os sinais vitais estão alterados e fora da normalidade e o mesmo apresenta alteração no nível de consciência chamamos o médico plantonista para avaliar o paciente; Após avaliação e estabilização do quadro o médico decide se libera o paciente ou chama a equipe do SAMU.	Equipe de Enfermagem

Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Coord. De Enfermagem
	Certificar-se de que as anotações de enfermagem foram realizadas conforme o procedimento.	
Agir	Elaborar planos de ação e implementar ações corretivas quando necessário	Coord. De Enfermagem
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS FDFDF

5.1. Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 27

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem

	Recursos Necessários Água; Sabão neutro; Papel toalha.	Técnicos de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Desligue sempre o equipamento e desconecte-o da tomada de energia antes de iniciar a limpeza; Sempre que for conectar ou soltar o cabo, faça força no conector, nunca puxe pelo próprio cabo, evitando quebras; Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores; Não utilize produtos químicos como derivados da benzina (benzina, removedores etc), para limpar os acessórios; Quando o equipamento não estiver sendo utilizado, mantenha-o coberto, evitando acúmulo de poeira em seu interior CUIDADOS Não se Aplica	Técnicos de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada. GDGD

POP ENF 28

OBJETIVOFFII

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%; Luva de procedimento; Avental impermeável; Óculos de proteção; Água; Sabão neutro; Detergente neutro com ou sem enzimas; Mascara de proteção; Compressas de algodão.	Técnico de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Calçar luvas, óculos de proteção, avental impermeável e mascara para realizar a limpeza e desinfecção, como equipamentos de proteção; Imergir imediatamente a ótica na solução de detergente neutro com ou sem enzimas, diluído em água filtrada, preparada conforme indicado pelo fabricante. Sempre preparar uma nova diluição para	Técnico de Enfermagem

	cada equipamento. Deixar a solução contendo o detergente agir no material durante o tempo recomendado pelo fabricante no rótulo do produto. Geralmente o tempo de contato é curto, entre 5 a 9 minutos; Retirar o equipamento da imersão, após o tempo recomendado pelo fabricante e apoia-lo sobre a bancada da pia aonde será realizado a limpeza; Friccionar a superfície externa de cada instrumento com auxílio de uma escova de cerdas firmes e macias, várias vezes, até a eliminação de sujidade visível. Certifique-se de que todas as partes que estiveram em contato com o paciente foram friccionadas e limpas. A escova é um artefato de limpeza que serve para remover a matéria orgânica quebrada pelo detergente. Manter a escova limpa e seca de um uso para o outro, trocando-as no mínimo semanalmente; Após a escovação e verificação da limpeza da ótica e esta estando limpa visualmente, inicia-se o processo de enxágüe. Deve se enxaguar abundantemente a ótica em água filtrada corrente para retirada total de resíduos de sujidade e detergente; Entende-se por água filtrada aquela que passou por um filtro de polipropileno com grau de retenção entre 5 a 10 micra, para eliminação de microorganismos e sólidos em suspensão. Estes filtros devem seguir a manutenção recomendada pelo fabricante. O uso do filtro praticamente elimina o risco da água contaminada pelo biofilme dos encanamentos; O local aonde o material será processado deve contar com uma cuba e uma bancada para apoio do material e dos recipientes; Após o enxágüe, deve-se secar as superfícies externas dos materiais com auxílio de compressas de algodão limpas e macias, gazes ou utilizando-se toalha de tecido não tecido. Neste momento as óticas devem passar por uma nova inspeção visual; Em seguida, troque a luva de limpeza, por uma luva de látex ou vinil para proceder a desinfecção de nível intermediário com Álcool 70%, devidamente registrado na ANVISA como saneante (verifique a lista de álcool saneante na ANVISA; Pode-se embeber uma compressa de algodão, gazes ou toalha descartável de tecido não tecido com Álcool 70% para realizar a desinfecção; Deve-se friccionar toda a superfície da ótica durante 30 segundos, em todos os sentidos, de próxima para distal em movimentos horários e anti-horários e na ponta da ótica durante 30 segundos por	

	3 vezes consecutivas, com intervalos de 10 segundos entre as aplicações, esperando-se assim a evaporação do álcool entre cada aplicação; Armazenar o equipamento limpo e desinfetado em um recipiente de plástico duro, limpo e igualmente desinfetado com Álcool 70%, caso os materiais não sejam utilizados imediatamente. Está proibido transportar ou guardar as óticas nas embalagens originais como as malas forradas com espuma recortada para o encaixe dos equipamentos, pois na maioria das vezes, a mesma não é passível de limpeza e desinfecção; Identificar externamente o recipiente contendo o nome do material, método de limpeza e desinfecção realizado no processamento (ex.: limpeza manual e desinfecção com álcool 70%), data e nome do colaborador que realizou o processamento; Após a realização da limpeza e desinfecção da ótica, deve-se proceder a limpeza e desinfecção da porção terminal do cabo de fibra ótica em contato com a ótica, assim como da micro câmera e do seu cabo com compressa de algodão, gazes ou toalha de tecido não tecido absorvível descartável embebido em Álcool 70% p/v; Baseado nas boas práticas médicas recomenda-se proceder a limpeza e desinfecção sempre que a ótica ficar guardada na caixa de armazenamento de um dia para o outro, assim como da própria caixa, que também deve passar por uma limpeza e desinfecção consecutiva com álcool 70%; Após o transporte das óticas, as mesmas devem passar por todo o processamento de limpeza e desinfecção seguindo as práticas de boa conduta médica antes e imediatamente após a realização do exame proposto. CUIDADOS É muito importante, após a escovação das óticas, uma inspeção criteriosa e detalhada para confirmar se toda a sujidade visível foi removida; Deve-se tomar o cuidado de secar os materiais o mais rápido possível, justificados pela possibilidade de formar biofilmes. GG	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

POP ENF 29

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Luva de procedimento; Avental impermeável; Óculos de proteção; Água;	Técnico de Enfermagem

	Sabão neutro; Compressa úmida.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Limpar todo o material permanente com compressa umedecida apenas em água ou detergente; A cada término de agenda, limpar com compressa úmida não estéril o teclado e painel de controle; O transdutor do aparelho de ultrassom, após cada exame deve ser limpo com papel toalha ou compressa úmida retirando o excesso de gel com delicadeza. Ter cuidado para o gel não secar na película do transdutor. Não utilizar álcool ou outros produtos ácidos; Os cabos dos transdutores podem ser limpos com detergente; A tela do monitor deve ser limpa com compressa umedecida, pois o material acrílico pode ter sua transparência alterada com produtos químicos; Sempre ligar primeiro o estabilizador e depois o aparelho; Nunca dobrar ou torcer os cabos dos transdutores para não prejudicar as fibras ópticas; Manter a Unidade limpa e arejada; Comunicar à enfermeira quanto ao material quebrado ou quanto à manutenção elétrica e hidráulica; CUIDADOS Não se Aplica	Técnico de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada. CAC

POP ENF 29

OBJETIVO

Elucidar quadros neurológicos das mais diversas formas, especialmente útil no diagnóstico e classificação das epilepsias, bem como de outras causas de perda de consciência.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica.

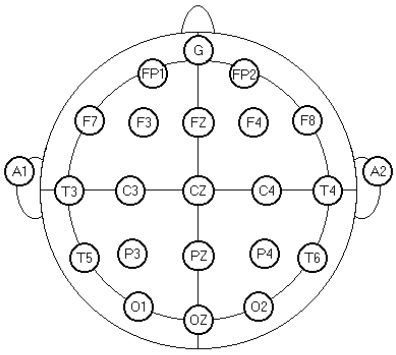
DISPOSIÇÕES GERAIS

Consiste em um registro da atividade elétrica cerebral por meio de eletrodos aderidos ao couro cabeludo, é conduzido por um(a) técnico(a) de enfermagem, para posterior análise e emissão do laudo por parte do médico especialista. O ambiente deve ser calmo, confortável e livre de interferências.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. de Enfermagem
	Materiais Necessários: Lençol descartável; Luva de procedimento; Eletrodos específicos;	Técnicos de Enfermagem

	Pasta adesiva; Papel toalha.	
Fazer	Higienizar as mãos; Realiza o preparo do paciente de acordo com as orientações dadas na marcação do mesmo; Paciente é acomodado em maca apropriada, em decúbito dorsal, com cabelo solto, eletrodos são então fixados sobre o couro cabeludo do paciente com uma pasta aderente que contribui na condução elétrica, em geral, em posições pré-definidas internacionalmente. Paciente é identificado (a) no monitor do computador usado exclusivamente para este fim. Realiza-se registro, gravação e impressão gráfica do eletroencefalograma com 23 derivações, obedecendo a padronização estabelecida que define cada posição corretamente, um amplificador de potenciais ajuda a elaborar um gráfico das ondulações cerebrais, analógico ou digital, dependendo do equipamento. O procedimento dura em torno de 30 minutos e, terminado o exame, o paciente pode retornar às suas atividades normais; Liberação do paciente com orientação para retirada do resultado do exame no prazo e setor específico; Análise e seleção das páginas específicas para realização do laudo pelo médico especialista. Montagem: O1: Occipital Esquerdo OZ: Occipital Central O2: Occipital Direito T5: Temporal Esquerdo P3: Parietal Direito PZ: Parietal Central P4: Parietal Direito T6: Temporal Direito	Equipe de Enfermagem

	A1: Auricular Esquerdo T3: Central Esquerdo C3: Temporal Esquerdo CZ: Central C4: Central Direito T4: Temporal Direito A2: Auricular Direito F7: Frontal Esquerdo F3: Frontal FZ: Frontal Central F4: Frontal F8: Frontal Direito FP1: Polo Frontal Esquerdo FP2: Polo Frontal Direito G: Polo Frontal Central 	
Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Coord. De Enfermagem
	Certificar-se de que as anotações de enfermagem foram realizadas conforme o procedimento.	

Agir	Elaborar planos de ação e implementar ações corretivas quando necessário	Coord. De Enfermagem
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.G

]

POP ENF 30

OBJETIVO

Tem um equipamento Limpo e que funcione de forma eficiente

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnico de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%;	Técnico de Enfermagem

	Luva de procedimento; Avental impermeável; Água; Sabão neutro; Escova.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Realizar limpeza diária após uso de cada paciente com álcool 70%; Lavar a cada 7 dias com água, sabão neutro e esfregar com escova; Secar em ar ambiente; Guardar em local correto CUIDADOS Não se Aplica	Técnico de Enfermagem
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada. FF

POP ENF 31

OBJETIVO

Avaliação ampla do funcionamento cardiovascular, quando submetido a esforço físico gradualmente crescente, em esteira rolante. São observados os sintomas, os comportamentos da freqüência cardíaca, da pressão arterial e do eletrocardiograma antes, durante e após o esforço

ÁREAS ENVOLVIDAS

Técnicos de Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Coord. Enfermagem
	Recursos Necessários Álcool 70%; Gaze; Luva de procedimento; Eletrodo; Aparelho de barbear; Esparadrapo; Caixa de perfuro cortante.	Técnicos de Enfermagem
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS: computador, esteira ergométrica e cabo de paciente 11 vias, braçadeira e manguito de Pressão Arterial, estetoscópio; CARACTERÍSTICAS DO EXAME: exame complementar de diagnóstico cardiológico feito com o paciente em uma esteira ergométrica, para que sejam observados os comportamentos da freqüência cardíaca e da pressão arterial durante os estados de repouso e esforço. REALIZAÇÃO: Preparar setor para início das atividades;	Técnicos de Enfermagem

Receber paciente no setor, confirmando-se nome de acorda com agenda do dia;

Coletar dados com o paciente e descritos no pedido médico para definir a indicação do exame e afastar contra-indicações;

Realizar aferição de Pressão Arterial (PA), podendo o exame ser realizado com PA igual ou inferior a 140x90 mmHg. Se PA superior a 140x90 mmHg, paciente orientado a tomar líquido e ficar em repouso por uma hora, após realiza-se nova aferição. Se PA superior a 140x90 mmHg, o paciente é orientado a se dirigir à recepção e remarcar exame. Se PA igual ou inferior a 140x90 mmHg é iniciado preparação para exame;

Verificar medidas antropométricas;

Paciente é acomodado(a), com o tórax desnudo em sexo masculino e com sutiã ou top de ginástica em sexo feminino;

Realizar limpeza da pele com gaze e álcool 70%;

Monitor paciente com 11 eletrodos descritos;

A disposição dos eletrodos é realizada de acordo com projeção ortogonal assim dispostos:

VERMELHO	5º. Espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior esquerda
BRANCO	5º. Espaço intercostal direito na linha axilar anterior direita
VERDE	Região subcostal esquerda na linha médio-clavicular

Colocar paciente na esteira rolante, orientando-o quando ao funcionamento da mesma, e inicia-se o exercício de acordo com o protocolo escolhido;

Traçados eletrocardiográficos e medida da pressão arterial serão registrados antes do esforço, ao final de cada etapa do exercício e no período da recuperação;

A interrupção do exame ocorrerá caso o paciente apresente grande cansaço ou exaustão, sintomas indicativos de anormalidades cardiovasculares, alterações compatíveis com isquemia ou alterações significativas do ritmo cardíaco;

	Paciente é orientado no ato de marcação quanto às vestimentas, calçados, a não ingerir bebida alcoólica e não fumar no dia do exame e a trazer receitas dos medicamentos que faz uso; RESULTADO: após transferir todas as informações para o médico responsável, o mesmo deverá proceder a análise, conferir o laudo, que será entregue 7dias após a realização, com raras exceções CUIDADOS Orientar os pacientes sobre os procedimentos; Manter o equipamento organizado para não danificá-lo.	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os; Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	Coord. Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. Enfermagem

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

]

POP ENF 32

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via intramuscular.

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Equipe de Enfermagem

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Normas e condutas da enfermagem

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida com base na RDC 45, de 12 de março 2003	Coord. Enfermagem
	Materiais necessários: Bandeja contendo: Seringa (com graduação adequada), Agulha (calibre adequado para o paciente), Agulha 40X12 para aspiração, Cuba contendo algodão embebido com álcool a 70%, medicação prescrita.	Enfermeiro Assistencial /Téc. de enfermagem
Fazer	Atividades Principais 2. Preparar a bandeja; 1. Conferir prescrição médica: nome do paciente, medicamento, dosagem e via de administração; e validade. 3.Lavar as mãos; Preparar a medicação: aspirar a medicação com agulha 40X12 e trocar para outro calibre adequado ao paciente para administração via IM; Identificar o paciente pelo nome explicando-lhe o procedimento; Posicionar o paciente deitado ou em pé; Escolher a região do quadrante superior externo direito ou esquerdo do músculo do glúteo; Respeitar a privacidade do paciente; Realizar antissepsia do local escolhido com álcool a 70%; Segurar firmemente o músculo; Introduzir a agulha a 90°, com o bisel lateralizado; Aspirar para certificar-se de que não foi atingido um vaso; Aplicar o medicamento conforme indicação	Enfermeiro Assistencial

	Retirar a agulha ao término, fazendo leve compressão do local com algodão sem friccionar a pele; Providenciar descarte adequado do material, limpeza e organização do ambiente. Lavar as mãos; Checar o procedimento na receita médica com assinatura e nº do conselho legível.	
Verificar	Avaliar a eficácia das ações	Coord. Enfermagem / Enfª Líder
	Verificar se as anotações devidas foram colocadas no livro de ocorrência	Coord. Enfermagem /Enfª Líder
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades._____	Coord. Enfermagem/ enf. líder

6 ReGISTRO

O registro gerado neste processo são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP ENF 32

1- OBJETIVO

Aperfeiçoar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.

2 - ÁREAS ENVOLVIDAS

Enfermagem

3 - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica.

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida para realização da limpeza e desinfecção dos tapumes e utensílios de fisioterapia	Coord. De Enfermagem
	Materiais necessários Limpeza Luva de procedimento; (Quando necessário**) Água; Sabão neutro; Pano multiuso; Álcool á 70%; Bucha dupla face.	Téc. de Enfermagem

Fazer	Atividade Principal LIMPEZA DIÁRIA <u>Limpeza das pera e braçadeiras proceda da seguinte forma:</u> Colocar a luva de procedimento (quando necessário** ver NOTA 01); 2. Desconectar as peras e braçadeiras do paciente; 3. Realizar a limpeza das peras e braçadeiras após o uso a cada paciente com o auxílio do pano multiuso e álcool à 70%. uma vez por semana realizar a higienização geral. Quando utilizadas, as luvas devem ser descartadas. LIMPEZA SEMANAL <u>Limpeza das pera e braçadeiras proceda da seguinte forma:</u> 1) Realizar a limpeza geral uma vez por semana; 2) Limpe as peras e as braçadeiras com água corrente, esfregue com a bucha dupla face e sabão neutro nas partes metálicas; 3) Enxague-os cuidadosamente para eliminar qualquer traço de sabão e, então, seque-os, com pano multiuso; NOTA 01**: Em caso de paciente apresentando isolamento de contato, o funcionário deverá realizar a desinfecção utilizando a luva de procedimento. Ao finalizar a desinfecção descartar a luva em resíduo infectante e higienizar as mão mãos conforme PG CIH-01. CUIDADOS NO TERMINO DO PROCEDIMENTO; Manter os cabos organizados conforme orientação técnica. Guardar o aparelho em seu devido local após a higienização.	Téc. de Enfermagem

Verificar	Avaliar a eficácia das ações através da fiscalização do Líder.	Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado	Coord. De Enfermagem
	Verificar se check list da Limpeza está sendo realizado.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e treinamento; Registrar não conformidades.	Coord. De Enfermagem

6 ReGISTRO

O registro gerado neste processo, Check List de Limpeza são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada. FSFSF

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM – CME

POP CME 01

OBJETIVO

Limpeza e remoção de sujidade.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamen	Definir escalas de trabalho	

	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	Coord. De Enfermagem
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas de procedimento; Detergente; Algodão; Gaze 7,5 x 7,5 cm	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Verificar modo de diluição, prazo de validade e tempo de imersão de acordo com fabricante; Higienizar as mãos; Paramentar-se com EPI; O detergente deve ser compatível com material processado e registrado no Ministério da Saúde; Verificar se todas as pinças estão abertas e os materiais desmontados; Colocar toda a superfície do material em contato com a solução, observando o tempo de exposição; Realizar enxágüe de forma abundante; Desprezar o material segundo PGRSS; Retirar os EPI'S ao término das atividades; Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem

	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 02

OBJETIVO

Adoção da técnica correta para a devida limpeza do material.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas de procedimento; Detergente;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Paramentar-se com os EPI'S; Certificar da ausência de material perfuro-cortante e se necessário proceder ao descarte adequado; Conferir o material; Separar as pinças de ponta traumática e lavar separadamente para evitar traumas; Diluir o detergente no recipiente de plástico conforme a orientação do fabricante; Imergir os instrumentos abertos na solução e deixar agir conforme orientação do fabricante; Dispor os instrumentais abertos nas cestas da lavadora e distribui-las dentro da maquina;	Técnica de Enfermagem do CME

	Ligar o ciclo de lavagem na maquina e aguardar seu termino; Retirar todo material da maquina e fazer revisão observando sujidade, quebras e rachaduras com o auxilio da lupa; Enviar para a área de preparo.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 03

OBJETIVO

Oferecer a equipe cirúrgica drenos íntegros e estéreis.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara; papel grau cirúrgico 100X100 no tamanho de 24 cm	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos; Colocar a máscara; Realizar a lavagem e secagem do dreno de penrose; Cortar papel grau cirúrgico 100X100 no tamanho de 24 cm; Selar uma das extremidades; Empacotar individualmente em papel grau cirúrgico;	Técnica de Enfermagem do CME

	Selar a outra extremidade; Identificar e assinar; Guardar na gaveta de estoque; Recolher material e deixar a unidade limpa e organizada. Higienizar as mãos;	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 04

OBJETIVO

Oferecer a equipe cirúrgica tampãozinho estéril contribuindo no desenvolvimento da técnica cirúrgica.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara; Luvas de procedimento; Papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de 16 cm; Atadura de gaze em pedaços quadrados de 3x3cm;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01;	Técnica de Enfermagem do CME

	Colocar a máscara; Cortar papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de16cm; Selar uma das extremidades; Cortar a atadura de gaze em pedaços quadrados de 3x3cm; Esconder as pontas dos pedaços quadrados de gaze com a ponteira até formar uma bolinha; Enrolar vinte bolinhas em uma gaze e prender com a liga; Colocar no grau cirúrgico; Selar a outra extremidade; Identificar anotando data e rubrica apenas no dia da esterilização; Acondicionar nas gavetas de estoque; Recolher material; Deixar ambiente limpo e organizado.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De
	Tomar correção e ações corretivas	

		Enfermagem
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 05

OBJETIVO

Garantir um processo de esterilização eficiente e eficaz.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO	

	Máscara; Ampola do Indicador Biológico; Integrador químico; Pacote de campo cirúrgico	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Identificar a ampola do Indicador Biológico, a ampola controle e o integrador químico, colocando: nº do equipamento, lote e data; Higienizar as mãos; Colocar a máscara; Preparar o pacote de campo cirúrgico; Colocar uma ampola do indicador Biológico no centro do pacote entre os campos; Fechar o pacote conforme técnica de envelope e identificá-lo; Colocar o pacote teste no cesto aramado no rack, entre os demais cestos com pacotes, preferencialmente próximos ao dreno da autoclave; Realizar o ciclo de esterilização; Abrir o pacote e retirar a ampola esterilizada, após o esfriamento; Proceder à calibração da incubadora e leitura do teste conforme orientações do fabricante, incubando a ampola esterilizada e a ampola controle; Aguardar resultados; Preencher impresso de controle de resultados; Afixar a etiqueta do indicador esterilizada no Impresso de controle de resultados e arquivar formulário; Manter local limpo e organizado; Higienizar as mãos conforme PO CIH 01;	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem

	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 06

OBJETIVO

Oferecer a equipe cirúrgica cotonetes estéreis para ajudar na absorção de pequenos sangramentos nas cirurgias oftálmicas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara; Luvas de procedimento; Papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de 16 cm; Álcool a 70%; 07 cotonetes; Solução de ácido peracético 0,2%	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01;; Colocar a máscara; Cortar o papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de 16 cm; Realizar desinfecção da bancada com álcool a 70%; Realizar fricção alcoólica das mãos; Agrupar 07 cotonetes e colocar no envelope do papel grau cirúrgico; Selar a outra extremidade;	Técnica de Enfermagem do CME

	Encaminhar o pacote para esterilização, quando necessário, devidamente identificado com nº do lote, data de esterilização e validade; Acondicionar nas gavetas de estoque; Deixar a unidade limpa e em ordem; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 07

OBJETIVO

Oferecer material estéril para curativo após cirurgia oftálmica.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas de procedimento; Papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de 14 cm; Algodão; Gaze 7,5 x 7,5 cm	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar a máscara descartável;	Técnica de Enfermagem do CME

	Cortar o papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de 14cm; Fechar uma das extremidades Envolver uma camada de algodão de mais ou menos 0,5cm na gaze aberta Cortar na medida e forma padronizadas (forma de olho) Envolver em uma gaze 7,5 x 7,5 cm; Colocar individualmente no grau cirúrgico; Selar a outra extremidade; Identificar anotando a data e rubrica apenas no dia da esterilização; Guardar na gaveta de estoque; Deixar a unidade limpa e em ordem.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 08

OBJETIVO

Manter o bom desempenho do equipamento.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara; Luvas de procedimento; Compressas umedecidas com água; Compressas secas.	Técnica de Enfermagem do CME

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01;; Colocar a máscara; Calçar as luvas de procedimento; Fazer a limpeza da câmara com compressas umedecidas com água; Enxugar com compressas secas; Recolher material; Deixar ambiente limpo e organizado. Retirar as luvas; Higienizar as mãos.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 09

OBJETIVO

Prover as unidades com aventais cirúrgicos estéreis com dobraduras adequadas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara; Fita teste;	Técnica de Enfermagem do CME

Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos; Colocar a máscara; Conferir a existência de 6 amarrilhos: 2 no decote , 2 nas extremidades das costas , 2 nas laterais sendo sempre 1 do lado do avesso e 1 do lado direito; Estender o avental na bancada com o lado direito exposto, mantendo o decote dirigido para cima; Levantar as mangas no sentido do decote e prender o amarrilho da extremidade e, das costas na alça localizada na parte anterior do avental; Prender o amarrilho usando um nó tipo laço simples que se desfaça facilmente liberando o amarrilho com um leve puxão na ponta; Retirar o avental da bancada e colocar as mãos espalmadas no sentido horizontal, sob a costura dos ombros. Juntar as mãos espalmadas de modo a unir as costuras dos ombros e virar a mão esquerda por cima da direita, expondo o lado avesso do avental, ajustando para que os dois ombros fiquem posicionados um sobre a outro; Unir a parte anterior do decote com as duas laterais, ponta com ponta (a parte que foi amarrada deverá estar dobrada e interna); Ajeitar os 03(três) lados obtidos, segurando as duas extremidades, estendendo o avental sobre a bancada à frente do funcionário de modo que o decote fique a e as cavas próximas com o mesmo; Dobrar o avental no meio, no sentido do comprimento de modo que as cavas fiquem para cima; Fazer uma dobra de 20 cm na parte inferior do avental e mais duas dobras, obtendo 03(três) partes iguais; Virar a parte do decote para cima, dobrando a parte externa no sentido diagonal; Empacotar o avental utilizando técnica de envelope e, colocar 05 cm de fita teste (Indicadora do processo de autoclave); Identificar o pacote com o nome do material, a data de preparo e o nome do operador;	Técnica de Enfermagem do CME

	Encaminhar para esterilização; Deixar a unidade limpa e organizada;	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 10

OBJETIVO

Fornecer materiais limpos e isentos de contaminação impedindo a cadeia de transmissão de infecção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara; Luvas de procedimento; Solução enzimática; Escova; Compressa estéril; Solução de ácido peracético 0,2%	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar a máscara; Calçar as luvas;	Técnica de Enfermagem do CME

	Colocar as lâminas completamente imersas em solução enzimática por 5 minutos; Lavar com escova observando atenciosamente a ponta e o local da lâmpada; Enxaguar em água corrente; Enxugar com compressa estéril; Mergulhar em solução de ácido peracético 0,2% deixando totalmente imerso por 10 minutos; Enxaguar abundantemente em água corrente; Enxugar com compressa estéril; Passar para a área de preparo; Desprezar o material usado segundo PGRSS; Retirar as luvas; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De
	Tomar correção e ações corretivas	

		Enfermagem
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 11

OBJETIVO

Instrumental cirúrgico adequado ao uso.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO	

	Máscara descartável; Luvas de procedimento; Detergente;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar a máscara; Calçar as luvas; Conferir as caixas cirúrgicas retirando os instrumentais danificados; Revitalizar os instrumentais com produtos adequados (lubrificantes ou removedores de manchas e ferrugem); Inspecionar com uma lupa a presença de microfissuras; Identificar o instrumental com as fitas marcadoras, quando necessário. Enviar para preparo; Retirar as luvas ao final das atividades; Higienizar as mãos.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	

		Enfermagem
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 12

OBJETIVO

Artigos tubulares limpos.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	

	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	Coord. De Enfermagem
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas de procedimento; Detergente enzimático; Seringa ou pistola de água; Ar comprimido ou com pistola de secagem.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Paramentar-se com os EPI'S; Imergir as tubulações em solução detergente enzimática, e realizar a limpeza manual com auxílio de uma seringa ou pistola de água; Enxaguar os materiais em água corrente e secar os artigos com ar comprimido ou com pistola de secagem; Desprezar o material segundo gerenciamento de resíduos sólidos; Retirar as luvas; Higienizar as mãos; Encaminhar os artigos para o preparo e esterilização.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	

	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 13

OBJETIVO

Oferecer ataduras íntegras e estéreis.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Papel grau cirúrgico 100x100mm; Ataduras do pacote original;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCHI 01; Colocar a máscara; Cortar o papel grau cirúrgico 100x100mm de acordo com o tamanho da atadura; Selar uma das extremidades; Retirar as ataduras do pacote original; Colocar no papel grau cirúrgico; Selar a outra extremidade; Identificar; Acondicionar nos contêineres apropriados; Recolher material; Deixar a unidade limpa e em ordem; Higienizar as mãos.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem

	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 14

OBJETIVO

Óticas e cabos de luz de fibra ótica limpos.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas de procedimento; Pano macio;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Paramentar-se com EPI'S; Desmontar as óticas e os cabos de luz de fibra ótica e imergir no detergente enzimático respeitando o tempo recomendado pelo fabricante; Enxaguar em água corrente, escovar se necessário; Secar com pano macio; Desprezar o material contaminado segundo PGRSS; Retirar as luvas; Higienizar as mãos.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem

	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada

POP CME 15

OBJETIVO

Processamento adequado almotolias.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luva nitrílica de cano longo; Esponja; Seringa ou pistola de água; Detergente enzimático; Escova; Compressa.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Paramentar-se com os EPI'S (usar luva nitrílica de cano longo); Desprezar o conteúdo das almotolias na pia; Retirar os rótulos; Lavar as almotolias em água corrente com o auxílio da esponja e retirar do excesso de conteúdo; Diluir o detergente enzimático ou neutro de acordo com as recomendações do fabricante;	Técnica de Enfermagem do CME

	Imergir as almotolias e as tampas dos recipientes plásticos, deixando-os totalmente imersos na solução; Deixar agir de acordo com as recomendações do fabricante; Retirar as almotolias e as tampas dos recipientes; Lavar em água corrente, individualmente com auxílio de escova; Deixar as almotolias e tampas com abertura para baixo, sobre uma compressa limpa, até secagem completa; Encaminhá-las para desinfecção em ácido peracético por trinta minutos; Retirar as almotolias e tampas e lavar em abundância; Encaminhar para a secagem; Retirar as luvas e higienizar as mãos; Calçar luvas de procedimento; Secar com o auxílio de compressa limpa ou com ar sob pressão; Guardar após a secagem, em saco plástico transparente; Retirar as luvas e higienizar as mãos; Encaminhar para os setores.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 16

OBJETIVO

Umidificadores limpos e com prática de desinfecção segura.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	

	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Escova e esponja; Detergente enzimático; Ácido peracético; Compressa.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Paramentar-se com os EPI's; Desmontar o umidificador, despejando a água na pia; Imergir os componentes na solução de detergente enzimático; Lavar os componentes com auxílio de escova e esponja; Enxaguar os componentes com água em abundância; Deixar secar em pano limpo; Imergir totalmente os componentes de plásticos secos na solução do ácido peracético; Deixar agir por 30 minutos; Retirar os componentes de plástico da solução e lavar com água em abundância; Encaminhar para a área de secagem; Retirar as luvas nitrilicas de cano longo; Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento; Deixar secar sobre uma compressa limpa e/ou secar com pistola de ar comprimido; Guardar em sacos plásticos após secagem, identificando com a data da desinfecção; Retirar EPI's e higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Encaminhar para as unidades.	Técnica de Enfermagem do CME

	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 17

OBJETIVO

Identificar falhas e sujidade nos materiais.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Álcool a 70%; Lupa; Ácido peracético; Compressa.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Realizar desinfecção da mesa com álcool a 70%, friccionando 03(três vezes); Colocar a máscara descartável; Colocar o material na mesa, sobre os campos de tecidos de cor clara, para facilitar a visualização da sujidade; Inspecionar o material com lupa;	Técnica de Enfermagem do CME

	Encaminhar para o expurgo o material em que foram identificadas sujidades; Deixar a unidade limpa e em ordem; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 18

OBJETIVO

Garantir abertura de pacote com técnica asséptica.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Integrador químico; Fita adesiva;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Posicionar o material diagonalmente no centro da embalagem; Colocar o integrador químico no centro do pacote; Dobrar a ponta voltada para o funcionário, levando-a até o centro do pacote, cobrindo o material e realizandouma dobra na ponta;	Técnica de Enfermagem do CME

	Trazer uma das laterais até o centro do pacote, deixando uma dobra na ponta; Realizar o mesmo procedimento na outra lateral, de modo que as duas cubram o artigo; Completar o pacote, levando a quarta e última ponta até o centro do pacote; Fechar com fita adesiva envolvendo todo o pacote e coloque um pedaço de fita indicadora de processo em cima de mais ou menos de 05 cm; Identifique o conteúdo do pacote para esterilização anotando: a descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da validade, nome do preparador. Deixar o ambiente em ordem; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	

	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 19

OBJETIVO

Utilização de ambus limpos e com desinfecção realizada.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luva de procedimento;	Técnica de Enfermagem do CME

	Seringa ou pistola de água; Detergente enzimático;	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar os EPI's; Desconectar as peças do ambu; Imergir o ambu em detergente enzimático de acordo com o tempo orientado pelo fabricante; Enxaguar com água em abundância; Deixar escorrer o excesso da água dos componentes e imergi-los na solução de ácido peracético durante 30 minutos; Retirar os componentes da solução e enxaguar com água em abundância; Encaminhá-los para a área de secagem; Retirar as luvas nitrilicas de cano longo e higienizar as mãos; Calçar as luvas de procedimento; Realizar secagem com pano macio e/ou ar sob pressão; Acondicionar em recipiente em sacos plásticos e identificar a data da desinfecção; Retirar os EPI's e higienizar as mãos; Encaminhar para unidade sob protocolo.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	

	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 20

OBJETIVO

Facilitar a técnica cirúrgica para o fechamento de vasos no momento da retirada de amídalas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Papel grau cirúrgico 120X100mm no tamanho de 13cm; 16 fios de algodão Nº 0;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar a máscara Cortar o papel grau cirúrgico 120X100mm no tamanho de 13cm; Selar uma das extremidades; Fazer um laço com nó deslizante em cada uma das extremidades dos fios de algodão 0(zero); Colocar os 16 fios de algodão Nº 0 em pacote de papel grau cirúrgico; Selar a outra extremidade; Guardar na gaveta de estoque; Recolher material; Manter o ambiente limpo e organizado. Higienizar as mãos.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem

	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 21

OBJETIVO

Realizar o teste Bowie-Dick com eficiência e eficácia.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar a máscara; Aquecer previamente a autoclave de vapor saturado antes do início do teste; Identificar o pacote do Teste Bowie-Dick com data, nº do equipamento e assinatura; Colocar o pacote no cesto aramado; Posicionar o cesto aramado com o pacote do teste dentro da autoclave em cima do dreno; Realizar o ciclo para Bowie-Dick com o equipamento vazio, sem carga, apenas com o teste Bowie-Dick; Abrir o pacote ao final do ciclo e retirar as folhas do teste para Bowie-Dick;	Técnica de Enfermagem do CME

	Verificar a mudança de cor do cartão de acordo com a orientação do fabricante impressa naembalagem, o que garantirá a aprovação do teste; Liberar a autoclave se o teste for aprovado; Preencher impresso de controle de resultados; Solicitar assinatura da Enfermeira; Arquivar folhas do teste e impresso de resultados; Manter área limpa e organizada; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 22

OBJETIVO

Fornecer a equipe cirúrgica faixas de Smarch íntegras e estéreis.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO M Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Papel grau cirúrgico 120x100mm; Ataduras do pacote original;	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS	Técnica de Enfermagem do CME

	Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocara a máscara; Cortar o papel grau cirúrgico 120x100mm de acordo com o tamanho da Faixa de Smarch; Selar uma das extremidades; Estender a faixa sobre a bancada; Colocar a atadura ou a manta sobre a faixa enrolando-a até o final; Colocar no grau cirúrgico; Selar a outra extremidade; Identificar com o nome e a data; Encaminhar para esterilização; Recolher o material; Manter o ambiente limpo e organizado; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De
	Tomar correção e ações corretivas	

		Enfermagem
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 23

OBJETIVO

Manter os materiais seguros para os procedimentos de assistência respiratória.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO	

	M Máscara descartável; Luvas de procedimento; Detergente enzimático; Seringa; Saco plástico transparente	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Paramentar-se com EPI'S; Desconectar válvulas, diafragma e copos de reservatório e imergir totalmente as peças em recipiente com detergente enzimático no tempo estabelecido pelo fabricante; Imergir totalmente as peças no recipiente, completando com uma seringa os espaços vazios dos lúmens; Após o tempo previsto de imersão, proceder ao enxágüe com água corrente observando para que o interior dos tubos bem como todas as partes esteja totalmente limpas e enxaguadas; injetar água com seringa para remover os resíduos do detergente e sujidades; Escorrer o excesso da água dos artigos e imergi-los na solução de ácido peracético, respeitando o tempo estabelecido pelo fabricante (30min); Enxaguar as peças com água abundante e em seguida encaminhar para a área de secagem; Retirar a luva nitrílica de cano longo e higienizar as mãos; Calçar as luvas de procedimento e secá-los com ar sob pressão; Guardar em saco plástico transparente, e identificar a data da desinfecção; Encaminhar para os setores sob protocolo; Retirar as luvas ao final das atividades; Higienizar as mãos.	Técnica de Enfermagem do CME
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem

	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 24

OBJETIVO

Manusear as autoclaves com segurança propiciando seu bom funcionamento.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos; Ligue a autoclave girando para a direita o botão preto que fica abaixo do painel de comando; Feito isto, o display de cristal líquido ascende mostrando a tela de inicialização por 5 segundos e em seguida a tela de seleção do ciclo; Montar a carga nos cestos sobre o rack de forma adequada; Encaixar o carro do rack no trilho da autoclave e empurrar o rack para dentro da autoclave com o auxílio da luva de proteção; Selecione o ciclo desejado pressionando a tecla correspondente no teclado, o indicador permanecerá aceso, indicando a opção selecionada; Para selecionar o ciclo de esterilização com o equipamento ligado, pressione a tecla 9(seleção de ciclo) e em seguida pressione a tecla do ciclo desejado até que se acenda o“led” correspondente;	Técnica de Enfermagem do CME

	Para alterar os parâmetros tempo de esterilização e secagem ou confirmá-los, proceda da seguinte forma: I. Pressione a tecla 9 (seleção do ciclo) II.Escolha a opção desejada, tecla 1 (ciclo para 134°) ou tecla 2 (ciclo para 121°), o led correspondente ao ciclo acende no teclado III. No display estará mostrando a tela de partida do sistema (Aperte o botão Start para iniciar). IV. Pressione a tecla 8(programação de parâmetros) aparecerá no visor à tela com as variáveis programáveis (tempo de esterilização e secagem). V. Pressione a tecla EDIT e o parâmetro a ser alterado ficará piscando; VI. Digite o novo valor a ser utilizado e confirme o dado pressionando a tecla ENTER. VII. Pressione a tecla 8 novamente para voltar a tela de partida após aprogramação dos parâmetros. Fechar a porta e pressionar o botão verde de partida para iniciar o processo de esterilização; Apertar o botão verde no painel ao lado da porta que fica na área de guardar material estéril (Lado limpo), no final do ciclo da esterilização, quando o alarme sonoro disparar e a luz indicadora piscar; Aguardar até que o monovacuômetro do painel zere, para iniciar a abertura da porta; Retirar a carga após o resfriamento utilizando o carro para transporte de rack e encaminhar a carga para a guarda; Carregar o rack com os cestos vazios e coloque-o no interior da autoclave; Fechar a porta do lado limpo e acionar o botão verde; No display no lado da monta carga (lado sujo) aparecerá “recarregar” e após “porta lado sujo destravado”, acione o botão verde, abra a porta e autoclave estará pronta para um novo ciclo sinalizado no display “Aperte o botão Start para iniciar”; Manter o ambiente limpo e em ordem.	

	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 25

OBJETIVO

Facilitar a penetração do vapor em todo o material garantindo sua esterilização.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Caixa ou bandeja.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos; Colocar a máscara descartável; Acoplar o rack ao carro suporte; Dispor os cestos no rack; Verificar a integridade do pacote; Observar se todos os materiais estão com data, nº do lote e fita indicadora de processo; Anotar o número do lote na fita indicadora de processo (zebrada); Dispor o material a ser esterilizado nos cestos na posição vertical começando sempre do maior para o menor, da parte posterior do rack para a anterior; Deixar sempre um espaço adequado entre os pacotes para favorecer a penetração do vapor;	Técnica de Enfermagem do CME

	Acondicionar objetos ocos no sentido horizontal ou com a abertura voltada para baixo; Manter o ambiente limpo e em ordem; Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP CME 26

OBJETIVO

Facilitar penetração do vapor garantindo uma esterilização eficiente e padronizar o preparo de instrumental em caixas e bandejas.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CME

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Coord. De Enfermagem
	Realizar reuniões para orientação dos médicos e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIO Máscara descartável; Luvas nitrilicas de cano longo; Caixa ou bandeja.	Técnica de Enfermagem do CME
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Higienizar as mãos conforme PO CCIH 01; Colocar a máscara descartável; Conferir se os instrumentais estão limpos e secos; Abrir um campo simples dentro da caixa ou bandeja; Conferir o número de peças;	Técnica de Enfermagem do CME

	Organizar o instrumental dentro da bandeja ou caixa, sobre o campo simples com todas as articulações abertas, seguindo a rotina e observando condições de limpeza, lubrificação, integridade e funcionalidade; Agrupar as pinças prendendo-as com Backaus, no máximo 10 pinças em um Backaus; Colocar as peças mais leves e menores sobre as maiores e mais pesadas; Colocar as pinças curvas com a curvatura voltada para a tampa da caixa; Colocar as cúpulas e afastadores de Farabeuf separados; Colocar as cúpulas com a abertura voltada para o fundo da caixa; e colocar as cúpulas com a abertura voltada para cima nas bandejas; Colocar integrador químico com data em todas as caixas; Checar, datar e assinar 02 (duas rotinas), colocar uma dentro da bandeja sobre o instrumental; Virar as bordas do campo simples, no sentido do comprimento de modo que cubra todo o instrumental, e em seguida dobrar as laterais; Empacotar em campo de algodão duplo ou Manta (SESAU) conforme POP de técnica de envelope; Fechar com fita adesiva e afixar a outra rotina com data e assinatura; Colocar fitar indicadora de processo para vapor em cima do pacote no tamanho de aproximadamente 05 cm; Encaminhar para a esterilização; Recolher material; Deixar a unidade limpa e em ordem. Higienizar as mãos.	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Coord. De Enfermagem
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	

Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) Administrativo / Coord. De Enfermagem
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

PROTOCOLOS OPERACIONAIS DO ALMOXARIFADO

POP ALM 01

OBJETIVO

Solicitações de compra programadas, evitando pedidos de emergência

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Responsável pelo Almoxarifado
	Recursos Necessários: Computador; Impressora; Material de expediente	Responsável pelo Almoxarifado / Auxiliar Administrativo
Fazer	Atividades Principais Solicitação de materiais hospitalares, Bioimagem, higienização, lavanderia, laboratório, expediente e correlato para a reposição do estoque Imprimir o relatório de Resumo de Saída de Materiais; Análise quantitativa e física dos materiais, para a verificação dos itens que necessitam de reposição; Material com estoque insuficiente deve ser solicitado através da Solicitação de Compras no Syshosp pelo Autoriza; Após conclusão da digitação, encaminhar para o Setor de Compras, para fazer a cotação dos produtos.	Enfermeiro
Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Responsável pelo Almoxarifado

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Responsável pelo Almoxarifado

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01Informação Documentada

POP ALM 02

1 - OBJETIVO

Manutenção da Acuracidade de Estoque, no mínimo, em 95%.

2 - ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade.

3 - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Relatório de Listagem para Contagem;

Relatório da Curva ABC;

Ata de Inventário.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica.

5 - ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
PLANEJAMENTO	Definir conduta a ser seguida; Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento;	Farmacêutico

	Elaborar cronograma de treinamento.	
	Recursos Necessários: Material Administrativo; Preparação dos recursos para o bom desempenho do Inventário, a fim de facilitar e agilizar os procedimentos, tais como organização do espaço físico; Atualização dos lançamentos, tanto entradas quanto saídas, até o dia do início do inventário; Emissão dos relatórios com a relação dos produtos, retirados no sistema Syshosp e que tem a finalidade de confrontar a existência física dos produtos com a existência no sistema.	Farmacêutico/ Auxiliar de Farmácia
FAZER	Atividades Principais: Elaboração da Programação dos Inventários Rotativos que deverão ser realizados diariamente, baseando-se no relatório da Curva ABC, fazendo 01 contagem dos itens selecionados; Elaboração da Programação dos Inventários Periódicos, sendo realizados a cada 06 meses, baseando-se no relatório Listagem para Contagem do sistema Syshosp, obrigatoriamente realizando duas contagens para confirmação e se caso houver divergências, realizará a terceira contagem; Elaboração da Ata de Abertura do Inventário periódico, formando a comissão que realizará a contagem; Impressão dos relatórios para contagem; Realização do Inventário, em conformidade com a programação; Realização dos subsequentes ajustes, sendo realizado pelo Gestor de Estoque; Impressão dos respectivos relatórios de ajustes, com encaminhamento ao Gerente de Estoque.	Farmacêutico/ Auxiliar de Farmácia
VERIFICAR	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem planejada.	Farmacêutico

AGIR	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar as não conformidades.	Farmacêutico

6 - ReGISTRO

Os registros gerados neste processo são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

7 - ANEXOS

7.1 Programações dos Inventários Rotativos e Periódicos

Mês/Ano	Data	Local	Responsável

POP ALM 03

OBJETIVO

Produtos armazenados de forma adequada

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Responsável pelo Almoxarifado
	Recursos Necessários: Pallets; Prateleira; Escadas; Estantes; Armários; Termômetros.	Responsável pelo Almoxarifado / Auxiliar Administrativo

Fazer	Atividades Principais Armazenamento: Os produtos são armazenados conforme as instruções apresentadas nas embalagens, obedecendo as Normas da Vigilância Sanitária (Portaria nº 802 de 8/10/1998 e RDC 45 de 12/03/03), segregados em áreas específicas; A movimentação obedece ao critério PEPS (Primeiro que entra, primeiro que sai), exceto materiais doados que deve ater-se ao prazo de validade; O produto com embalagem violada ou suspeita de qualquer contaminação é retirado do estoque, identificado e segregado em área totalmente separada até que seja adotada uma decisão quanto ao seu destino; Os produtos que estiverem com o vencimento para o mês corrente, devem ser retirados do estoque e dar saída do produto por Perda de Validade no Syshosp. Controle de temperatura: Os assistentes de Almoxarifado registram diariamente e nos dois turnos a temperatura ambiente em formulário para registro de temperatura (Anexo 7.1).	Responsável pelo Almoxarifado
Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Responsável pelo Almoxarifado
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Responsável pelo Almoxarifado

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

Anexo

7.1 Formulário para Registro de Temperatura.

TEMPERATURA IDEAL: 15 à 25°C

TERMÔMETRO: Deverá ficar sempre no mesmo lugar

TABELA DE CONTROLE – Mês _____/2017

DIA	1ºméd. 10 h	2º méd. 22h	RESPONSÁVEL
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

Responsável _____

POP ALM 04

OBJETIVO

Atender as necessidades operacionais dos diversos setores e dos pacientes, no que diz respeito a materiais hospitalares, expediente, Bio imagem, manutenção e laboratoriais, com eficiência e qualidade, respeitando as normas técnicas estabelecidas pelos órgãos competentes.

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Responsável pelo Almoxarifado
	Recursos Necessários: Computador;	Responsável pelo Almoxarifado / Auxiliar Administrativo

	Impressora; Mesas; Cadeiras; Carros de Mão	
Fazer	Atividades Principais Solicitação de pedidos: As solicitações de pedidos deverão ser realizadas sempre pelos responsáveis de cada setor as segundas, quartas e sextas-feiras rotineiramente. Exceto os pedidos de emergência, caso haja alguma eventualidade; As solicitações deverão ser realizadas de preferência pela manhã. Dispensação de pedidos dos Setores: Os pedidos dos setores deverão ser dispensados mediante solicitação prévia pelo responsável do setor; Assim que os pedidos estiverem prontos, o auxiliar de Almoxarifado deverá comunicar a unidade solicitante; Os funcionários dos dois setores (Almoxarifado e Unidade solicitante) deverão identificar e regularizar qualquer divergência existente para que a solicitação seja dispensada corretamente; As Solicitações de materiais deverão ser dadas baixas no Sistema Syshosp pelo auxiliar administrativo ou pelo responsável do Almoxarifado para a atualização do estoque e débito no centro de custo requisitante	Responsável pelo Almoxarifado
Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Responsável pelo Almoxarifado
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Responsável pelo Almoxarifado

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

7.Anexo

7.1 Formulário para Registro de Temperatura.

TEMPERATURA IDEAL: 15 à 25°C

TERMÔMETRO: Deverá ficar sempre no mesmo lugar

TABELA DE CONTROLE – Mês _____/2017

DIA	1ºméd. 10 h	2º méd. 22h	RESPONSÁVEL
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

27			
28			
29			
30			
31			

Responsável _____

POP ALM 05

OBJETIVO

Recebimento de todos os produtos em conformidade com as respectivas Notas Fiscais e com prazo de validade de acordo com o item 4.

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Toda a Unidade

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Responsável pelo Almoxarifado
	Recursos Necessários: Pallets; Prateleira; Carro de Mão.	Responsável pelo Almoxarifado / Auxiliar Administrativo
Fazer	Atividades Principais Recebimento de materiais hospitalares, Bioimagem, higienização, lavanderia, laboratório, expediente, odontologia e correlato. Atendimento a todos os fornecedores e/ou transportadores, quando da entrega de mercadorias; Conferência dos materiais apresentados, de forma quantitativa e qualitativa, observando-se rigorosamente as condições das embalagens, unidade de fornecimento, entre outros. Recebimento, em não havendo divergências, dos materiais com as respectivas Notas Fiscais. Havendo desacordo, os produtos não serão, em princípio, recebidos, dando-se conhecimento, de imediato, ao Encarregado do Almoxarifado, ou no seu impedimento, a um dos compradores, que deliberará sobre o assunto, podendo até autorizar o recebimento condicional. Decidido pelo não recebimento, será devolvida a mercadoria, especificando no verso da nota fiscal o motivo que caracteriza a devolução. Recebimento apenas de materiais com prazo de validade superior a um ano, excetuando-se os de laboratório, manipulados e descartáveis com rotatividade rápida e outros que pode ter validade reduzida e explicitada em suas embalagens. Os produtos doados, quaisquer que sejam, serão aproveitados, podendo ou não entrar na cadeia de ressuprimento, com exceção dos inservíveis ou com o prazo de validade vencido, que sofrerão destinação específica. Lançar no Sistema Syshosp todas as Notas Fiscais de Compras e de Doações, referentes aos materiais recebidos durante o dia, anexar junto à Autorização de Fornecimento (AF) correspondente, ao	Enfermeiro

	boleto da nota fiscal e ao Espelho de Entrada da nota. Todos devidamente assinados pelo responsável do setor. As Notas Fiscais devem ser todas assinadas e atestadas pelo Responsável pelo recebimento, scaneadas e arquivadas nos seus devidos registros de entradas. Encaminhamento das Notas Fiscais para o setor financeiro todas devidamente protocolada com data de entrega. Recebimento de materiais de aplicação direta deve ser entregue imediatamente ao requisitante. Não sendo retirados deste Setor em até 48 horas, informar ao Encarregado do Almoxarifado; Liberação de bens patrimoniais recebidos, para que isso aconteça, somente após a autorização da Coordenação de Serviços Operacionais, a qual fará a sua imobilização, identificação e afixação da plaqueta de tombamento	
Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Responsável pelo Almoxarifado
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Responsável pelo Almoxarifado

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

PROTOCOLOS DO SERVIÇO SOCIAL

POP SERVIÇO SOCIAL 01

OBJETIVO

Atender situações ou demandas de forma eficiente.

2 ÁREAS ENVOLVIDAS

Serviço Social

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se Aplica

5 ProcedIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir conduta a ser seguida. Atuar juntamente com a equipe sobre a forma adequada de realização do procedimento Elaborar cronograma de treinamento	Responsável pelo Serviço Social
	Recursos Necessários: Registro em livro de ocorrência; Evolução Social.	Assistente Social
Fazer	Atividades Principais SITUAÇÕES ATENDIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL: Orientações previdenciárias e trabalhistas; Orientações/encaminhamentos quanto aos serviços socioassistenciais; Encaminhamentos: CAPS, SESAU, CRAS, Defensoria Publica; Campanhas; Reclamação do paciente. Acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes; Realização de encaminhamentos necessários a rede de proteção social, de acordo com as demandas apresentadas; Realização de contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento demanda apresentada; Formalização do encaminhamento, quando necessário; Registrar o atendimento no sistema e em ocorrências.	Assistente Social/ Enfermeiro

Verificar	Certificar-se de que a execução do procedimento acontece na ordem padronizada.	Responsável pelo serviço Social
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamento; Registrar não conformidades.	Responsável pelo serviço Social

6 ReGISTRO

Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01Informação Documentada.

7. HISTÓRIOCO DE MODIFICAÇÕES

ITEM	DESCRIÇÃO	REVISÃO
0	Documento revisado sem alterações.	Rev_0X

POP SERVIÇO SOCIAL 02

OBJETIVO

Organização e Sistematização das normas e condutas dos Acompanhantes na UPA 24.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Serviço Social e Enfermagem.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	
	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	

	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Registro em livro de ocorrência; Evolução Social;	Assistente Social
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS A liberação dos acompanhantes só será feita através das Assistentes Sociais e Enfermagem respeitando o grau de parentesco; O paciente terá direito apenas 1 (um) acompanhante por vez; Na emergência e Clinica Pediátrica serão permitidos acompanhantes do seguinte grau de parentesco; Genitores e/ou Responsáveis Legais, Parentes de 1º grau (irmão (a)) maior de 18 anos; Parente de 2º (avó (ô); tia (a)); São considerados crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses e 29 dias de acordo com o Estatuto da Criança ou adolescente Art.12º; Nas demais Clinica Médica e Ortopedia não é permitida acompanhante durante a estadia do paciente, exceto idosos (acima de 65 anos) conforme Estatuto do Idoso; deficiente e/ou dependendo da patologia clinica; Qualquer liberação fora do padrão estabelecido deverá ser feita através do Serviço Social juntamente com a Equipe de Enfermagem; A Assistente Social deverá orientar o Acompanhante do paciente sobre as normas do Acompanhante no período de observação por mais de 24h.	Assistente Social / Enfermeiros
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Assistente Social
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	

	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	Diretor (a) Administrativo
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Assistente Social
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP SERVIÇO SOCIAL 03

OBJETIVO

Obter a vaga ou a solicitação do médico o mais rápido possível dando um retorno aos pacientes e familiares.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Serviço Social e Enfermagem

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	

	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	Assistente Social
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Relatório Médico; Computador.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS O médico plantonista faz a evolução do paciente, a equipe de enfermagem alimenta o sistema UNISUS via internet. Em seguida o serviço social acompanha junto com a equipe de enfermagem o prontuário do paciente pelo sistema para identificar se a vaga foi liberada; Essa evolução será atualizada todos os dias pelo médico plantonista, enviado para a Central de Regulação através da equipe de enfermagem acompanhado pelo Serviço Social e cobrado da Central todos os dias;	Assistente Social / Enfermeiros
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Assistente Social
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor(a) Administrativo
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	

	Tomar correção e ações corretivas	Assistente Social
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP SERVIÇO SOCIAL 04

OBJETIVO

Coletar informações sociais e econômicas para possíveis encaminhamentos e abordagem sócia educativa acerca da demanda.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Serviço Social

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	
	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	

	RECURSOS NECESSÁRIOS Ficha Social.	Assistente Social
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS O Serviço Social realizará a abordagem com o paciente e ou acompanhante desses que ficaram em observação, com entrevista social atendendo as demandas, liberando acompanhantes se necessário e apresentando as orientações e normas da UPA;	Assistente Social
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Assistente Social
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	Diretor(a) Administrativo
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Assistente Social
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

PROTOCOLOS DE NUTRIÇÃO

POP NUT 01

OBJETIVO

Definir a conduta adequada a patologia, favorecendo a recuperação do paciente.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Nutrição.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	Nutricionista
	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Mapa de requisição de dietas; Prontuário; Prescrição Médica.;	

	Folha de Admissão Nutricional; Mapa de Copa	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Consultar no prontuário do paciente a ser admitido: Historia clinica; Exames; Prescrição Médica. Carimbar a prescrição médica para indicação de que houve a observação do nutricionista ao prontuário do paciente; Realizar anamnese alimentar utilizando folha de admissão nutricional, identificando: alergias alimentares, hábitos alimentares, patologias coexistentes, intolerâncias alimentares, risco nutricional e pacientes que necessitam de acompanhamento mais especifico; Definir conduta dietoterápica, registrando na folha de admissão nutricional; Anexar em prontuário a avaliação nutricional para os pacientes que serão acompanhados pela nutricionista; <u>Nota 01:</u> O nutricionista terá até 72 horas para realizar o registro do acompanhamento nutricional no prontuário do paciente Repassar para o mapa da copa as orientações (disponibilizando-as, assim, para as copeira).	Nutricionista
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Diretor(a) da Unidade
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados posteriores.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	

Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) da Unidade/ Nutricionista
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP NUT 02

OBJETIVO

Adequar conduta dietoterápica ás condições diárias do paciente, sua evolução e diagnósticos adicionais.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Nutrição.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	
	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	

	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Mapa de requisição de dietas; Prontuário; Prescrição Médica.; Folha de Admissão Nutricional; Mapa de Copa.	Nutricionista
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Consultar no prontuário do paciente a ser admitido: Exames; Prescrição Médica. Realizar anamnese alimentar utilizando folha de evolução nutricional, identificando: queixas da dieta, condições fisiológicas do trato intestinal do paciente, intolerâncias alimentares, evolução de consistências de dieta e acompanhamento mais especifico; <u>NOTA 01:</u> A anamnese, denominada como "Corrida de Leito" não será feita em enfermarias de alta rotatividade como emergência Alterar conduta dietoterápica prescrita, se necessário, registrando na folha de evolução nutricional Anexar em prontuário a evolução nutricional dos pacientes acompanhados pela nutricionista; Repassar para o mapa da copa as orientações (disponibilizando-as, assim, para as copeira).	Nutricionista
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Diretor(a) da Unidade
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	

	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados posteriores.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) da Unidade/ Nutricionista
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP NUT 03

OBJETIVO

Continuar a Terapia nutricional em domicílio.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Nutrição.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	

	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	Diretor (a) da Unidade
	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Mapa de requisição de dietas; Prontuário; Prescrição Médica.	
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Confirmar a alta no Prontuário; <u>NOTA 1:</u> No caso da alta ocorrer antes ou após a passagem da nutricionista na clínica, a enfermagem entra em contato com o SND para solicitar a presença deste profissional na enfermaria para orientar o paciente Orientar o paciente em relação á dieta a ser seguida em domicílio, após alta, conforme protocolo em anexo;	Nutricionista
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	Diretor (a) da Unidade
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados a posteriores. Supervisionar o cumprimento das atribuições dos médicos	

	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) da Unidade
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

ANEXOS

Protocolo de Orientação Nutricional para Cirrose;

Protocolo de Orientação Nutricional para Diarréia;

Protocolo de Orientação Nutricional para Pacientes com Sonda;

Protocolo de Orientação Nutricional para Alergia a Lactose;

Protocolo de Orientação Nutricional para Dislipidemias;

Protocolo de Orientação Nutricional para pacientes com Colesterol alto;

Protocolo de Orientação Nutricional para Câncer;

Protocolo de Orientação Nutricional para Anemia;

Protocolo de Orientação Nutricional para IRC;

Protocolo de Orientação Nutricional para Constipação;

Protocolo de Orientação Nutricional para Desnutrição;

Protocolo de Orientação Nutricional para Diabéticos;

Protocolo de Orientação Nutricional para Doença celíaca;

Protocolo de Orientação Nutricional para Doença do Refluxo gastresofágico;

Protocolo de Orientação Nutricional para Emagrecimento;

Protocolo de Orientação Nutricional para Flatulência;

Protocolo de Orientação Nutricional para Gastrite;

Protocolo de Orientação Nutricional para Gestação;

Protocolo de Orientação Nutricional para Ácido úrico elevado;

Protocolo de Orientação Nutricional para Hepatopatia;

Protocolo de Orientação Nutricional para Lactação;

Protocolo de Orientação Nutricional para obesidade;

8.39. Protocolo de Orientação Nutricional para Alimentação Saudável;

Protocolo de Orientação Nutricional para Pancreatite;

Protocolo de Orientação Nutricional para pacientes com Triglicérides Alto;

Protocolo de Orientação Nutricional para paciente cardiopata;

Protocolo de Orientação Nutricional para hipertensão;

Protocolo de Orientação Nutricional para paciente diabético e hipertenso;

Protocolo de Orientação Nutricional para diarréia;

POP NUT 04

OBJETIVO

Garantir que o paciente continue recebendo a refeição depois de realizado exames e cirurgias, se for o caso, ou na suspensão de exames e/ou procedimentos cirúrgicos.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Nutrição.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	
	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	

	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Mapa de requisição de dietas; Prontuário; Prescrição Médica.; Mapa de Copa.	Nutricionista
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Quando houver a suspensão de cirurgias ou exames ou após realizado exames a conduta a ser seguida: O enfermeiro que receber a informação do médico, faz a comunicação ao nutricionista para liberar a dieta do paciente em questão; O nutricionista autoriza a copeira a fazer a entrega da dieta ao paciente; Repassar para o mapa da copa as orientações (disponibilizando-as, assim, para as copeira);	Nutricionista
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados posteriores.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	Diretor(a) da

		Unidade
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor(a) da Unidade/ Nutricionista
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

POP NUT 05

OBJETIVO

Definir a frequência da atenção ao paciente adequada ás reais necessidades nutricionais, permitindo uma atenção maior ao paciente com um quadro nutricional alterado.

ÁREAS ENVOLVIDAS

Nutrição.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Não se aplica.

5. PROCEDIMENTO

Fase	Ação	Quem
Planejamento	Definir escalas de trabalho	
	Realizar reuniões para orientação e obtenção de informação das passagens de plantão	

	Definir cronograma de treinamento para os funcionários	
	Acompanhar os registros de ocorrência para elaboração de planos de ação para incidentes recorrentes.	
	RECURSOS NECESSÁRIOS Prontuário; Prescrição Médica.; Folha de Admissão Nutricional;	Nutricionista
Fazer	ATIVIDADES PRINCIPAIS Consultar no prontuário do paciente a ser admitido: Exames; Prescrição Médica. Carimbar a prescrição médica para indicação de que houve a observação do nutricionista ao prontuário do paciente; Realizar anamnese alimentar utilizando folha de evolução nutricional, identificando: queixas da dieta, condições fisiológicas do trato intestinal do paciente, intolerâncias alimentares, evolução de consistências de dieta e acompanhamento mais especifico; Definir conduta dietoterápica, registrando na folha de admissão nutricional a classificação do paciente de acordo com: Níveis de assistência em nutrição NÍVEL/ CARACTERÍSTICAS DA CONDUTA AOS PACIENTES 1. Atendimento PRIMÁRIO: Pacientes, cuja patologia de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos e que não apresentam fatores de risco nutricional. 1.1 Avaliação nutricional inicial: Monitorização 1 x / semana. 2.Atendimento SECUNDÁRIO: Pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado não exijam cuidados dietoterápicos específicos,	Nutricionista

	porém apresentam fatores de risco nutricional associados como por exemplo: anorexia, ingestão alimentar inadequada, hábito alimentar errôneo e outros. Pacientes cuja patologia de base exige cuidados dietoterápicos e que não apresentam fatores de risco nutricional associado. 2.1Avaliação nutricional inicial: Monitorização 2 x / semana. 3. Atendimento TERCIÁRIO: Pacientes cuja patologia de base exige cuidados dietoterápicos especializados e que apresentam fatores de risco nutricional. 3.1 Avaliação nutricional inicial: Monitorização diária. Adaptado de Maculevicius, Fornasari & Baxter, 1994; Instrução Normativa CRN-3 no 028/97, 1997; Resolução CFN no 201/908, 1998 Fazer as corridas de leito conforme frequência determinada na folha de admissão;	
	Elaboração de Plano de ação para tratamento de incidentes registrados no livro de ocorrência e/ou ocorridos nas atividades que tragam gargalos ao processo	
	Assegurar a realização dos planos de ação quando estes forem adotados	
Verificar	Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças e realocando-os.	
	Verificar se as responsabilidades estão sendo cumpridas conforme planejado;	
	Supervisionar e orientar as atividades educativas em forma de treinamento e acompanhar seus resultados posteriores.	
	Averiguar a eficácia das ações dos planos de ação.	

		Diretor (a) da Unidade
Agir	Promover ações de melhorias aos processos e Treinamentos;	Diretor (a) da Unidade/ Nutricionista
	Tomar correção e ações corretivas	
	Implantar ações de melhoria.	Todos

5. REGISTROS

5.1. Os registros gerados neste processo, são tratados conforme o PG 01 Informação Documentada.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional do Consultório Odontológico **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ODON/001	**NOME:**Procedimento Operacional do Consultório Odontológico		
SETOR: Consultório Odontológico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Dentistas e Auxiliares de saúde bucal / Técnicos de Saúde Bucal			

POP SAMU

I. OBJETIVO

Orientar quanto aos procedimentos odontológicos.

II. MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Coletor para material perfuro-cortante;

Algodão;

Papel toalha;

Guardanapo;

Sabão Líquido;

Álcool gel;

Almotolia de Álcool a 70%;

Receituários, Requisições de Exames, Guia de referência / contra referência, Ficha Clínica, BUP, Bloco de Atestados e Declaração de Comparecimento, Códigos dos Procedimentos, CID, Protocolos de Atendimento;

Pote de algodão com tampa;

Pote para detritos;

Plástico para porta detritos;

Fotopolimerizador;

Aparelho de ultrassom com jato de bicarbonato;

Cadeira odontológica;

Equipo;

Seringa tríplice;

Saca-broca;

Sobre luvas;

Refletor;

Unidade de Água;

Peças de mão (Alta rotação, Saca broca, Contra ângulo, Micromotor, Peça reta);

Dois Mochos;

Bomba de vácuo;

Compressor;

Mesa auxiliar com gavetas;

Negatoscópio;

Óculos de proteção para profissionais e paciente;

Lixeira com pedal para acondicionar o lixo contaminado;

Sacola branca leitosa com símbolo de substância infectante;

Lixeira com pedal para acondicionar o lixo comum;

Sacola preta ou azul;

Soro fisiológico;

Hipoclorito de sódio a 1%;

Anestésico tópico;

Anestésico injetável com vasoconstritor;

Anestésico injetável sem vasoconstritor;

Resinas;

Selante;

Agente de união;

Ácido fosfórico a 37%;

Agulha gengival curta e longa;

Rolete de algodão;

Brocas cirúrgicas (vários tipos e tamanhos);

Brocas de alta rotação (vários tipos e tamanhos);

Brocas de baixa rotação (vários tipos e tamanhos);

Mandril;

Hidróxido de cálcio PA;

Hidróxido de cálcio pasta (base e catalisador);

Cunha cervical odontológica;

Microbrush;

Escova Robson;

Fio de sutura;

Fio dental;

Flúor gel;

Verniz com flúor;

Ionômero de vidro pó e líquido;

Lâmina de bisturi;

Luva de procedimento (EP, P, M, G);

Luva cirúrgica (EP, P, M, G);

Máscara descartável;

Gorro;

Material restaurador intermediário (pó e líquido);

Matriz de aço (5 e 7 mm);

Óleo em spray para caneta de alta e baixa rotação;

Papel carbono para articulação;

Pasta profilática;

Pedra pomes;

Bicarbonato de sódio;

Eucaliptol;

Formocresol;

Sistema de acabamento e polimento em discos de lixa (várias graduações);

Tiras de lixa de aço odontológica;

Tiras de lixa de acabamento e polimento para restaurações dentais estéticas de resina;

Tiras de poliéster para restauração de resina;

Sugador odontológico descartável;

Sugador cirúrgico;

Verniz forrador de cavidade;

Geladeira;

Armário para armazenar o instrumental odontológico e o material de consumo;

Lamparina;

Óxido de zinco;

Eugenol;

Paramonoclorofenol canforado;

Iodofórmio;

Cimento cirúrgico;

Esponja hemostática;

Pomada para alveolite;

Fucsina básica;

Creme dental;

Escova dental;

Água oxigenada 10 vol;

Seringa descartável;

Vaselina pastosa;

Porta amálgama;

Gaze;

Placa de Vidro;

Pote Dappen de plástico e de vidro;

Pedra para afiar instrumental;

Broqueiro;

Clorexidina;

Guta percha;

Recipiente fechado com tampa;

Jaleco para os profissionais;

Avental de proteção para o paciente;

Sacola pequena para realizar barreira secundária nas pontas odontológicas;

Instrumentais odontológicos para exame clínico, restauração em resina e amálgama, atendimento de urgência odontológica, curativo odontológico, selante;

Extração de dentes decíduos e dentes permanentes, cirurgias, endodontia, periodontia, profilaxia.

III. Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico de Saúde Bucal (TSB)

Organizar a sala;

Solicitar à higienização que realize limpeza diariamente antes de cada turno de atendimento;

Checar o funcionamento dos equipamentos da sala e quando defeito/falha comunicar ao setor administrativo da UPA/Serra e/ou responsável pela manutenção;

Lubrificar as canetas de baixa e alta rotação no início de cada turno de trabalho;

Verificar o nível de água do equipo e se necessário acrescentar água filtrada;

Fazer a desinfecção com álcool a 70% de bancadas, cadeira odontológica, equipos, peças de mão, refletor, mesa auxiliar, sugador, unidade auxiliar, demais equipamentos do consultório antes do turno de trabalho e após o atendimento de cada paciente, friccionando por três vezes durante 10 minutos;

Higienizar diariamente com limpeza (água e sabão nas superfícies e após desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão e semanalmente todas as sextas- feira limpeza terminal;

Realizar a lavagem das mãos antes e após cada atendimento;

Usar jaleco e EPIs conforme atendimentos no setor;

Preparar o paciente para o atendimento;

Preencher e anotar fichas clínicas;

Auxiliar no atendimento ao paciente;

Manipular os materiais de uso odontológico;

Aplicar métodos preventivos para controle de doenças bucais;

Acondicionar o material contaminado em recipiente fechado com tampa identificado para encaminhamento ao setor de expurgo;

Trocar almotolias semanalmente, datar e assinar;

Repor materiais de consumo, instrumentais e impressos próprios e específicos ao final de cada turno de trabalho;

Conservar as medicações tampadas em local apropriado;

Verificar diariamente a validade dos medicamentos;

A geladeira deverá ser exclusiva para acondicionar o material odontológico;

Drenar o compressor todos os dias após o atendimento para evitar o acúmulo de água, óleo e ferrugem;

É recomendável deixar a cadeira odontológica na posição zero no final do expediente;

Ao final do expediente deve-se desligar o refletor, a água da unidade auxiliar e as tomadas;

Proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico;

Relacionar e encaminhar à Coordenação Administrativa, mensalmente, pedido dos materiais de consumo necessários ao atendimento odontológico por um período de 30 dias passando pela apreciação do CD;

OBS.: O exercício das atividades privativas do TSB só é permitido conforme a Legislação vigente.

IV. Cirurgião Dentista (CD)

Realizar anamnese do paciente;

Lavar as mãos antes e após o atendimento de cada paciente;

Usar jaleco e EPIs conforme atendimentos no setor;

Orientar o paciente quanto aos procedimentos que serão realizados;

Realizar procedimentos clínico-cirúrgicos pertinentes à odontologia observando os protocolos de atendimento do setor;

Referenciar os pacientes que precisam de Atenção Secundária conforme protocolo de atendimento do setor;

Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em odontologia;

Realizar anotação na ficha clínica do paciente, assinar e carimbar;

Registrar o procedimento no prontuário / BUP;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional do Consultório Odontológico **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ODON/001	**NOME:**Procedimento Operacional do Consultório Odontológico		
SETOR: Consultório Odontológico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Dentistas e Auxiliares de saúde bucal / Técnicos de Saúde Bucal			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ODON/001- VERSÃO A

Procedimento Operacional do Consultório Odontológico

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional do Consultório Odontológico **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ODON/001	**NOME:**Procedimento Operacional do Consultório Odontológico		
SETOR: Consultório Odontológico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Dentistas e Auxiliares de saúde bucal / Técnicos de Saúde Bucal			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/001	**NOME:**Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro (a)			

I. OBJETIVO

Orientação quanto ao procedimento de cateterismo vesical de demora

II. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS

Sonda Foley de calibre (nº 12 se mulher, nº 14 se homem);

Sistema de coletor urinário fechado;

Bandeja de Cateterismo;

Agulha 40x12;

Seringa 10 ou 20 ml;

Água destilada;

PVPI Tópico;

Xilocaína gel a 2%;

Luvas estéril;

Luva de procedimento;

Máscara cirúrgica;

Micropore;

Óculos de proteção;

Gaze;

Caneta.

III. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica da sondagem vesical de demora;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % antes do procedimento;

Calce as luvas de procedimento;

Reunir material;

Explicar o procedimento ao paciente

Abrir pacote de cateterismo;

Abrir sobre o campo sonda, seringa, agulha, coletor;

Colocar PVPI tópico sobre cuba redonda;

Realizar antissepsia em região com PVPI tópico sempre, de cima pra baixo;

Colocar pequena quantidade de xilocaína na cuba rim;

Abrir a ampola de água destilada e deixe próximo a bandeja;

Calce as luvas estéreis, aspirar à água destilada, teste o balonete e retorne a seringa no campo;

Conecte a sonda foley no coletor de urina sistema fechado;

Colocar xilocaína na gaze e passar na extremidade da sonda para lubrificar a sonda;

Introduza a sonda no meatro uretral, insufle o balonete e tracione-o pra confirmar fixação;

Fixe a sonda com a micropore;

Quando paciente masculino, mantenha o pênis lateralizado sobre a região pubiana e, quando feminino, fixado na face interna da coxa;

Retirar as luvas de procedimento;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % antes do procedimento;

Datar o coletor e mantenha-o a baixa do nível da bexiga;

Checar o procedimento realizado na prescrição médica.

IV. CONSIDERAÇÃO

Trocar a sonda e circuito em caso de obstrução da sonda e/ou em caso de processo infeccioso.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/001	**NOME:**Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro (a)			

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/001- VERSÃO A
Procedimento Operacional para Cateterismo Vesical de Demora

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/001	**NOME:**Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro (a)			

NOME	*CARGO*	*DATA*	*RUBRICA*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora **UPA 24h**		
POP Nº: 001 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/001	**NOME:**Procedimento Operacional de Cateterismo Vesical de Demora		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro (a)			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precaução Padrão, Específica e Isolamento **UPA 24h**		
POP Nº: 002 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/002	**NOME:**Procedimento Operacional para conduta de pacientes com doenças infecto-contagiosas		
SETOR: Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

I. INTRODUÇÃO

Os pacientes colonizados ou infectados por determinados micro-organismos devem ser colocados sob precauções e isolamento, por um período definido para cada situação em particular, a fim de prevenir a transmissão desses patógenos para outros pacientes e profissionais de saúde.

É ROTINA QUE, QUANDO O PACIENTE FOR ISOLADO SERÁ COLOCADO UM CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO NA PORTA DO QUARTO, SENDO QUE CADA CARTÃO SERÁ DE COR DIFERENTE.

II. PRECAUÇÃO PADRÃO

É um conjunto de técnicas realizadas para reduzir o risco de transmissão de micro-organismos de fontes de infecção, conhecidas ou não no hospital.

São indicadas para todos os pacientes em hospitais independentemente do diagnóstico ou presumível estado de infecção;

São aplicáveis à manipulação de:

Sangue;

Fluídos corporais, secreções, excreções (exceto suor) e artigos contaminados, independente se eles estão ou não contaminados por sangue;

Pele não íntegra;

Membranas mucosas;

Devem ser feitas através de:

Higienização das mãos após contato do paciente, imediatamente após retirada das luvas

Entre procedimentos com o mesmo paciente;

Quando houver risco de transmissão de microorganismos para pacientes ou ambientes;

Equipamento de proteção individual (EPI):

Luvas;

Óculos;

Máscara;

Avental

III. PRECAUÇÃO ESPECÍFICA

CARTÃO AMARELO: PRECAUÇÃO DE CONTATO

Indicada para reduzir o risco de transmissão e patógenos epidemiológicos importantes através do contato direto ou indireto, com pacientes e objetos.

A transmissão pode ocorrer por contato direto com o paciente (contato físico), através da pele ou mãos, ou indireto, pelo contato com objetos ou superfícies contaminados.

Ex.: Bactérias Multirresistentes,

Impetigo,

Infecções Hemorrágicas Virais

<u>Observação do paciente</u>

Precaução padrão

Quarto privativo. Não sendo possível, agrupá-lo com outro paciente com o mesmo microrganismo; A porta pode permanecer aberta.

Luvas devem ser trocadas quando houver contato com material infectante com altas concentrações de microrganismo, como fezes;

Óculos de proteção;

Avental descartável;

Uso individual do estetoscópio, esfignomanômetro e termômetro. Desinfecção com álcool a 70%;

Doença/Condição Clínica	**Tempo**
Bactéria multirresistente	Durante a internação
Impetigo	24h após início da terapêutica
Pediculose	24h após início da terapêutica
Escabiose	24h após início da terapêutica
Ferida drenante	Durante a internação
Diarreia em paciente incontinente ou criança que não controla o esfíncter (E. Coli, Shigella, rotavírus, etc.) Diarreia em pacientes usando antibiótico de largo espectro (Clostridium difícil)	Durante a internação
Rubéola congênita	1 ano
Clostridium dificille	Durante a internação
Difteria	2 culturas em 24h negativas
Hepatite A em pacientes com incontinência fecal	Durante a internação
Conjutivite viral hemorrágica	Durante a internação
Febres hemorrágicas	Durante a internação
Pseudomonascepacea na fibrose cística	Durante a internação

CARTÃO AZUL: PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA PARA GOTÍCULAS

Devem ser instituídas quando o paciente tiver infecção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas maiores que 5ìm, que podem ser geradas durante tosse, espirro ou fala e alguns procedimento como aspiração. Essas partículas são carreadas a pequenas distâncias, através do ar e depositadas na conjuntiva, na mucosa da cavidade oral e nasal. Como as partículas são maiores, elas não ficam em suspensão no ar.

Ex.: Meningite

Difteria

Coqueluche

Rubéola

Observação do paciente

Precaução padrão

Quarto privativo. Pode permanecer com a porta aberta. Não sendo possível, agrupá-lo com outro paciente com o mesmo microrganismo;

Máscara cirúrgica antes de entrar no quarto;

Transporte de paciente

Deve ser limitado, não sendo possível, transportar o paciente utilizando máscara cirúrgica;

CARTÃO AMARELO/VERMELHO: PRECAUÇÕES DE CONTATO E AEROSSÓIS

Internação do paciente

Precaução padrão

Quarto privativo. Manter porta fechada

Avental;

Máscara N-95 antes de entrar no quarto;

Transporte de paciente

Deve ser limitado, não sendo possível, transportar o paciente utilizando máscara cirúrgica;

CARTÃO AMARELO/AZUL: PRECAUÇÕES DE CONTATO E GOTÍCULAS

Internação do paciente

Precaução padrão

Quarto privativo. Não sendo possível, agrupá-lo com outro paciente com o mesmo microrganismo;

Avental;

Máscara cirúrgica antes de entrar no quarto;

Transporte de paciente

Deve ser limitado, não sendo possível, transportar o paciente utilizando máscara cirúrgica;

IV. TRANSPORTE DE PACIENTES INFECTADOS PARA OUTRAS ÁREAS DA UNIDADE

Para o transporte de pacientes com doenças infecciosas dentro da Unidade deve-se observar:

A retirada do paciente da unidade de isolamento e/ou precauções só deverá ser realizada quando extremamente necessário;

O paciente deverá ser transportado mantendo-se as precauções existentes anteriormente (ex.: Isolamento Respiratório, transportar com máscara);

A área ou Unidade que receberá o paciente (ex.: Radiologia) deverá ter condições de manter os mesmos procedimentos de onde o paciente estava internado;

Sempre que necessário deverá ser solicitado o parecer do CCIH;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precaução Padrão, Específica e Isolamento **UPA 24h**		
POP Nº: 002 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/002	**NOME:**Procedimento Operacional para conduta de pacientes com doenças infecto-contagiosas		
SETOR: Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precaução Padrão, Específica e Isolamento **UPA 24h**		
POP Nº: 002 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/002	**NOME:**Procedimento Operacional para conduta de pacientes com doenças infecto-contagiosas		
SETOR: Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/002- VERSÃO A

Procedimento Operacional para conduta de pacientes com doenças infecto-contagiosas

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precaução Padrão, Específica e Isolamento **UPA 24h**		
POP Nº: 002 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/002	**NOME:**Procedimento Operacional para conduta de pacientes com doenças infecto-contagiosas		
SETOR: Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

EQUIPOS	**TROCAS**	**OBSERVAÇÕES**
Equipo simples	A cada 72 horas	Manter equipos identificados com DATA e NOME de quem instalou
Equipo micro gotas e Equipo micro gotas com Bureta		
Polifix e torneirinhas		
Equipo de PVC	A cada 24 horas	Manter equipos identificados
Equipos de Bomba (dieta enteral e medicamentos)	A cada 24 horas	Manter equipos identificados
CATETER VENOSO	**TROCAS**	**OBSERVAÇÕES**
Dispositivo intravenoso/ AVP	A cada 72 horas	Identificar com DATA e HORA de inserção e NOME do profissional que realizou a punção
Intra-cath	Na pesquisa de foco infeccioso	Identificar com DATA e HORA de inserção e NOME do profissional que realizou a punção
CATETERES URINÁRIOS	**TROCAS**	**OBSERVAÇÕES**
SVD Masculina		Manter o sistema de drenagem fechado desde a instalação até a retirada do cateter.
SVD Feminina	Na pesquisa de foco infeccioso, suspeita de obstrução e/ou desconexão acidental do sistema de deve ser trocado o sistema.	
Cistostomias		Identificar com DATA e HORA de inserção e NOME do profissional que realizou a punção
Coletor de urina aberto	Quando notada sujidade visível	-

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimentos Operacionais de Duração da Permanência de Equipos e Cateteres **UPA 24h**		
POP Nº: 003 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/003	**NOME:**Procedimentos Operacionais para Duração da Permanência de Equipos e Cateteres		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem			

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimentos Operacionais de Duração da Permanência de Equipos e Cateteres **UPA 24h**		
POP Nº: 003 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/003	**NOME:**Procedimentos Operacionais para Duração da Permanência de Equipos e Cateteres		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/003- VERSÃO A Procedimentos Operacionais para Duração da Permanência de Equipos e Cateteres			
NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimentos Operacionais de Duração da Permanência de Equipos e Cateteres **UPA 24h**		
POP Nº: 003 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/003	**NOME:**Procedimentos Operacionais para Duração da Permanência de Equipos e Cateteres		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Oxigenoterapia **UPA 24h**		
POP Nº: 004 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/004	**NOME:** Procedimento Operacional para Oxigenoterapia		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro e Técnico em Enfermagem			

I. INTRODUÇÃO

Tratamento terapêutico que consiste na administração de oxigênio suplementar a fim de elevar ou manter a saturação de oxigênio acima de 90%, corrigindo os danos da hipóxia.

II. OBJETIVO

Orientação quanto ao procedimento de oxigenoterapia.

III. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Cateter tipo óculos ou sonda nasal nº 8;

Fluxômetro de O2;

Umidificador com água esterilizada ou soro fisiológico;

Borracha/ O2(Látex);

Cilindros de Oxigênio;

Luvas de procedimento.

IV. PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica da sondagem gástrica;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % antes do procedimento;

Preparar o material para sondagem;

Dirigir-se ao leito do paciente juntamente com o material;

Posicionar a mesa mayo próximo ao leito do paciente com os materiais sobre a mesa;

Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;

Colocar o paciente em posição Semi-fowler;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Oxigenoterapia **UPA 24h**		
POP Nº: 004 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/004	**NOME:** Procedimento Operacional para Oxigenoterapia		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro e Técnico em Enfermagem			

Graduar o fluxo de oxigênio;

Conectar o extremo livre do prolongador à fonte de oxigênio (o conector possui uma trava interior que impede a interrupção do fluxo);

Graduar a profundidade dos tubos nasais e colocar na narina anatomicamente curvada sobre o lábio superior;

Adaptar ao rosto do paciente apoiando atrás das orelhas e ajustando com o conector azul;

Deixar o paciente cômodo;

Retirar as luvas de procedimento;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % após o procedimento;

Checar o procedimento realizado na prescrição médica.

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/004- VERSÃO A Procedimentos Operacionais para Oxigenoterapia			
NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Oxigenoterapia **UPA 24h**		
POP Nº: 004 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/004	**NOME:** Procedimento Operacional para Oxigenoterapia		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro e Técnico em Enfermagem			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica **UPA 24h**		
POP Nº: 005 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/005	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

I. INTRODUÇÃO

Sondagem nasogástrica é a inserção de uma sonda através da cavidade nasal até o apêndice xifóide.

II. OBJETIVO

Orientar quanto à passagem de sonda nasogástrica

MATERIAIS NECESSÁRIOS

01 Sonda de Levine ou conforme prescrição médica;

01 par de Luvas de procedimentos;

Xilocaína gel a 2%;

Gazes;

01 Seringa de 20 ml;

01 Estetoscópio;

Micropore para fixação da sonda;

Esparadrapo para marcar a sonda;

01 Cuba rim.

PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica da sondagem gástrica;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % antes do procedimento;

Preparar o material para sondagem;

Dirigir-se ao leito do paciente juntamente com o material;

Posicionar a mesa mayo próximo ao leito do paciente com os materiais sobre a mesa;

Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;

Colocar o paciente em posição Fowler;

Abrir o pacote de gaze e xylocaína;

Abrir o invólucro da sonda;

Calçar as luvas de procedimentos;

Retirar a sonda do invólucro;

Medir a sonda com a extremidade proximal da sonda, do apêndice do nariz, ao lóbulo da orelha, até o apêndice xifóide, acrescentando de 3 a 4 cm;

Flexionar a cabeça do paciente;

Colocar xilocaína na gaze e passar na extremidade da sonda para lubrificação da sonda;

Introduzir a sonda na cavidade nasal do paciente;

Solicitar a colaboração do paciente para realizar movimentos de deglutição.

Marcar o local com esparadrapo;

Para a confirmação da localização da sondagem: com a seringa de 20 ml cheia de ar, conecte à extremidade da sonda e, posicione o estetoscópio na região do epigástrica, injete o ar para dentro da sonda e ausculte o ruído do ar provocado pelo ar no estômago.

Fixar a sonda com a técnica da “borboleta”;

Retirar as luvas de procedimento;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % após o procedimento;

Checar o procedimento realizado na prescrição médica;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica **UPA 24h**		
POP Nº: 005 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/005	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica **UPA 24h**		
POP Nº: 005 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/005	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/005- VERSÃO A

Procedimentos Operacionais para Sondagem Nasogástrica

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica **UPA 24h**		
POP Nº: 005 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/005	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasogástrica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasoentérica **UPA 24h**		
POP Nº: 006 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/006	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasoentérica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

I. INTRODUÇÃO

Sondagem nasoentérica é a inserção de uma sonda através da cavidade nasal até o duodeno.

II. OBJETIVO

Orientação quanto à passagem de sonda nasoentérica.

III. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS

01 Sonda com fio guia;

01 par de Luvas de procedimentos;

Xilocaína gel a 2%;

Gazes;

01 Seringa de 20 ml;

01 Estetoscópio;

Micropore para fixação da sonda;

Esparadrapo para marcar a sonda;

01 Cuba rim;

Caneta.

IV. PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica da sondagem gástrica;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % antes do procedimento;

Preparar o material para sondagem;

Dirigir-se ao leito do paciente juntamente com o material;

Posicionar a mesa mayo próximo ao leito do paciente com os materiais sobre a mesa;

Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;

Colocar o paciente em posição Fowler;

Abrir o pacote de gaze e xylocaína;

Abrir o invólucro da sonda;

Calçar as luvas de procedimentos;

Retirar a sonda do invólucro;

Certificar a mobilidade do tio guia da sonda;

Medir a sonda do ápice ao lóbulo da orelha até a cicatriz umbilical;

Marcar o local com esparadrapo

Colocar xilocaína na gaze e passar na extremidade da sonda para a lubrificação da sonda;

Introduzir a sonda lentamente por um das narinas;

Flexionar a cabeça do paciente quando a sonda ultrapassar o primeiro obstáculo;

Solicitar ao paciente que faça movimentos de deglutição enquanto a sonda é introduzida, até atingir a marca estipulada;

Testar a sonda certificando-se de que esteja no estômago; com a seringa de 20 ml cheia de ar, conecte na extremidade da sonda e injete o ar para dentro da soda e auscultar o ruído do ar provocado pelo ar no estômago. Só algum tempo depois ela migrará para o duodeno;

Retirar o fio guia da sonda com cuidado;

Fixar a sonda com micropore, com cuidado, de modo de fique segura;

Retirar as luvas de procedimento;

Higienizar as mãos com água e sabão e álcool a 70 % após o procedimento;

Checar o procedimento realizado na prescrição médica;

V. CONSIDERAÇÃO

Esperar 2 (duas) horas antes de iniciar a dieta e/ou medicação.

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasoentérica **UPA 24h**		
POP Nº: 006 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/006	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasoentérica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/006- VERSÃO A

Procedimentos Operacionais para Sondagem Nasoentérica

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Sondagem Nasoentérica **UPA 24h**		
POP Nº: 006 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/006	**NOME:** Procedimento Operacional para Sondagem Nasoentérica		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiro			

A UPA disporá de um serviço terceirizado de lavanderia para prestação de serviço de higienização do enxoval.

I. QUANTITATIVO

A UPA dispõe o quantitativo de 100 (cem) lençóis.

II. HORÁRIO DA COLETA

O horário da coleta será realizado 1x/dia às 09:00 por profissional paramentado.

O local de contagem e pesagem do enxoval será realizado na sala de DML.

III. FORNECIMENTO

O fornecimento será realizado 1x/dia entre às 16:00h por profissional paramentado.

O local de recebimento do enxoval é de responsabilidade do setor de Farmácia.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List da Maleta de Psicotrópicos **UPA 24h**		
POP Nº: 008 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/008	**NOME:**Procedimento Operacional para Manuseio da Maleta de Psicotrópicos		
SETOR:Emergência – Adulto			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. ATRIBUIÇÃO

O Enfermeiro do setor da Emergência é o responsável pela chave e CHECK-LIST DA MALETA DE PSICOTRÓPICOS.

II. PERIODICIDADE

O preenchimento do check-list se dará diariamente com carimbo e assinatura do responsável no início e término do plantão, lembrando que a maleta deverá permanecer sempre com o quantitativo de medicamentos listados (check-list).

III. REGISTRO

O uso de medicamentos desta maleta deve constar no Livro de Ocorrência do Enfermeiro.

IV. REPOSIÇÃO

Para a reposição destes deverá ser providenciado à receita e a ampola do medicamento usado e entregues juntos ao Setor de Farmácia.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List da Maleta de Psicotrópicos **UPA 24h**		
POP Nº: 008 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/008	**NOME:**Procedimento Operacional para Manuseio da Maleta de Psicotrópicos		
SETOR:Emergência – Adulto			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/008- VERSÃO A Procedimentos Operacionais para Manuseio da Maleta de Psicotrópicos			
NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List da Maleta de Psicotrópicos **UPA 24h**		
POP Nº: 008 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/008	**NOME:**Procedimento Operacional para Manuseio da Maleta de Psicotrópicos		
SETOR:Emergência – Adulto			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List do Carrinho de PCR e Funcionamento dos Aparelhos **UPA 24h**		
POP Nº: 009 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/009	**NOME:** Procedimento Operacional para Check-List do Formulário para Conferência do Carrinho de PCR e Checagem do Funcionamento dos Aparelhos		
SETOR:Emergência – Adulto e Pediátrica			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. ATRIBUIÇÃO

Enfermeiro do setor da Emergência é o responsável pelo CHECK-LIST DO FORMULÁRIO PARA CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE PCR (Parada Cardiorrespiratória) e CHECAGEM do FUNCIONAMENTO dos APARELHOS (DEA, oxímetro, eletrocardiógrafo, respirador, monitor cardíaco e bomba de infusão).

II. PERIODICIDADE

O preenchimento do formulário se dará para cada lacre rompido com carimbo e assinatura do responsável no início do plantão, lembrando que os matérias e medicamentos do carrinho de parada deverão permanecer sempre com o quantitativo listados (formulário).

O formulário para conferência do carrinho de parada deverá ser preenchido sempre que o lacre deste for rompido.

III. REGISTRO

O número do lacre rompido e reposto deverá constar no Livro Controle – Carrinho de Urgência Adulto (livro vermelho) e Pediatria (livro azul).

IV. REPOSIÇÃO

Para a reposição dos medicamentos deverá ser providenciado a receita e a ampola do medicamento usado e entregues juntos ao Setor de Farmácia.

V. CHECK-LIST

Check-List da Emergência Adulto e Check-list da Emergência Pediátrica

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List do Carrinho de PCR e Funcionamento dos Aparelhos **UPA 24h**		
POP Nº: 009 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/009	**NOME:** Procedimento Operacional para Check-List do Formulário para Conferência do Carrinho de PCR e Checagem do Funcionamento dos Aparelhos		
SETOR:Emergência – Adulto e Pediátrica			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List do Carrinho de PCR e Funcionamento dos Aparelhos **UPA 24h**		
POP Nº: 009 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/009	**NOME:** Procedimento Operacional para Check-List do Formulário para Conferência do Carrinho de PCR e Checagem do Funcionamento dos Aparelhos		
SETOR:Emergência – Adulto e Pediátrica			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/009 - VERSÃO A

Procedimento Operacional para Check-List do Formulário para Conferência do Carrinho de PCR e Checagem do Funcionamento dos Aparelhos

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Check-List do Carrinho de PCR e Funcionamento dos Aparelhos **UPA 24h**		
POP Nº: 009 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/009	**NOME:** Procedimento Operacional para Check-List do Formulário para Conferência do Carrinho de PCR e Checagem do Funcionamento dos Aparelhos		
SETOR:Emergência – Adulto e Pediátrica			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. CONCEITO

Conjunto de medidas voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente, ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Microrganismos

São seres microscópicos, alguns com capacidade de provocar doenças em seres humanos, encontrados no ar, água, nas superfícies, no ambiente e dentro do nosso próprio organismo. Podem ser bactérias, fungos ou vírus.

II. PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

São medidas adotadas universalmente, que visam à proteção da equipe de saúde do contato com líquido e secreções corporais contaminadas, incluindo as barreiras de contenção, equipamentos de proteção individual e higiene pessoal.

Todo profissional envolvido em procedimentos de enfermagem deverá utilizar equipamentos de proteção individual - EPI's.

BARREIRAS DE CONTENÇÃO E EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

Uso de luvas

usar luvas sempre que houver possível contato com sangue, fluidos do corpo e dejetos;

lavar instrumentais, roupas e superfícies de trabalho sempre usando luvas;

não usar luvas fora do ambiente de trabalho, não abrir portas, não atender telefone usando luvas;

Avental (jaleco)

uso constante durante jornada de trabalho;

nunca devem ser colocados no armário onde são guardados objetos de uso pessoal;

não devem ser misturados com outras peças de vestuário;

ao ser levado para lavar o avental deve estar dentro de um saco plástico;

devem ser lavados separadamente.

Máscaras

devem ser descartáveis;

de preferência impermeáveis;

cobrir a maior área possível da face;

não sair com a máscara pendurada no pescoço.

Gorro

deve cobrir totalmente os cabelos;

de preferência descartáveis;

Óculos de proteção

usados quando houver a possibilidade de contato com sangue e/ou substâncias tóxicas (medicamentos, desinfetantes, etc.);

os óculos deverão ser higienizados com álcool a 70%.

Rouparia

manipular a roupa com a mínima agitação possível (vestimenta, panos de campo, toalhas, etc.);

acondiciona-la em local adequado;

os sapatos usados para trabalhar não devem ser guardados junto com os demais.

Toalhas

as toalhas para secagem das mãos devem ser de papel;

toalhas de tecido devem ser usadas exclusivamente para secagem de material.

Equipamentos

Todos os equipamentos devem ser higienizados com álcool a 70%.

III. HIGIENE PESSOAL

As mãos dos profissionais de saúde constituem o principal veículo de transmissão de microrganismos. A higienização das mãos tem o objetivo de inativar a população microbiana presente. O uso de luvas **NÃO** substitui a lavagem das mãos.

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/010 - VERSÃO A Procedimento Operacional de Biossegurança			
NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Administração de Nebulização Contínua **UPA 24h**		
POP Nº: 011 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/011	**NOME:**Procedimento Operacional de Administração de Nebulização Contínua		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem			

I. OBJETIVO

Orientar quanto à administração de nebulização contínua.

II. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS

Prescrição médica;

01 frasco de umidificador com máscara oronasal e traqueia;

250 ml de água destilada;

01 fluxômetro de ar comprimido ou oxigênio conforme prescrição médica;

Cadarço para fixação;

Caneta

III. DESCRIÇÃO PARA O PROCEDIMENTO

Conferir na prescrição médica a prescrição do item macronebulização e qual o tipo de gás a ser utilizado comprimido ou oxigênio;

Higienizar as mãos e friccioná-las com álcool a 70% antes do procedimento;

Explicar ao paciente/acompanhamento o procedimento;

Adaptar o fluxômetro á rede de gás (oxigênio ou ar comprimido conforme prescrição médica);

Colocar água destilada no umidificador até o nível marcado;

Adaptar a traqueia ao umidificado e este ao fluxômetro;

Colocar uma ponta do cadarço na máscara facial para facilitar o ajuste posterior à instalação da máscara;

Abrir a válvula do fluxômetro no nível solicitado na prescrição médica;

Ajustar a máscaraoronasalà face do paciente;

Passar o cadarço por trás da cabeça do paciente, para fixação;

Amarrar o cadarço na máscara, e mantê-lo bem posicionado;

Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;

Higienizar as mãos e friccioná-la com álcool a 70% depois do procedimento;

Checar o procedimento realizado na prescrição médica o horário do inicio da macronebulização com assinatura legível;

Registrar qualquer intercorrência;

IV. CONSIDERAÇÃO

Trocar circuito de nebulização contínua conforme POP- Duração da Permanência de Equipos e Cateteres.

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/0011- VERSÃO A Procedimento Operacional de Administração de Nebulização Contínua			
NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Administração de Nebulização Contínua **UPA 24h**		
POP Nº: 011 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/011	**NOME:**Procedimento Operacional de Administração de Nebulização Contínua		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precauções Universais e uso dos Equipamentos de proteção individual - EPI **UPA 24h**		
POP Nº: 012 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/012	**NOME:**Procedimento Operacional de Precauções Universais e Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI		
SETOR: Todos os setores desta Unidade de Pronto Atendimento			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

I. OBJETIVO

Orientar quanto às precauções universais e uso de equipamentos de proteção individual.

II. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sabão líquido alergênico;

Papel Toalha;

Álcool com gel alcoólico a 70%;

Escova com cerdas de nylon (para escovação);

Máscaras / protetores de face impermeáveis;

Aventais impermeáveis;

Coletores de materiais perfuro-cortantes;

Toucas / Gorros;

Uniforme completo ou Jaleco Branco.

ATENÇÃO!

Antes de qualquer procedimento, prender os cabelos.

III. LAVAGEM DAS MÃOS

Para Lavar as mãos

No início e no fim do turno de trabalho;

Antes de preparar medicação;

Antes e após o uso de luvas;

Antes e após o uso de banheiros;

Antes e depois de contato com pacientes;

Depois de manusear material contaminado, mesmo quando as luvas tenham sido usadas;

Antes e depois de manusear cateteres vasculares, sonda vesical, tubo orotraqueal e outros dispositivos.

Após o contato direto com secreções e matéria orgânica;

Após o contato com superfícies e artigos contaminados;

Entre os diversos procedimentos realizados no mesmo paciente;

Após coçar ou assoar nariz, pentear os cabelos, cobrir a boca para espirrar, manusear dinheiro;

Antes de comer, beber, manusear alimentos e fumar;

Ao término de cada tarefa;

IV. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Retirar anéis, pulseiras e relógio;

Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar na pia;

Colocar nas mãos aproximadamente 3 a 5 ml de sabão. O sabão deve ser, de preferência, líquido e hipoalergênico;

Ensaboar as mãos friccionando-as por aproximadamente 15 segundos;

Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar e extremidades dos dedos (o uso de escovas deverá ser feito com atenção);

Os antebraços devem ser lavados cuidadosamente, também por 15 segundos;

Enxaguar as mãos e antebraços em água corrente abundante, retirando totalmente o resíduo de sabão;

Enxugar as mãos com papel toalha;

V. FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS (COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS)

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades);

Utilizar o gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. Duração do procedimento: 20 a 30 segundos;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precauções Universais e uso dos Equipamentos de proteção individual - EPI **UPA 24h**		
POP Nº: 012 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/012	**NOME:**Procedimento Operacional de Precauções Universais e Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI		
SETOR: Todos os setores desta Unidade de Pronto Atendimento			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

Máscaras e protetores de face

Usar quando:

Há risco de contaminação de face (olhos, boca e nariz) por respingos, micro gotículas aéreas, ou borrifos de sangue e/ou líquidos corpóreos;

Usar sempre nos setores de curativo, expurgo e odontologia;

As máscaras úmidas ou em uso prolongado perdem a eficácia;

Luvas

Usar quando:

Ao manipular sangue, fluidos corporais, secreções e excreções (exceto suor), mucosas ou pele não íntegra;

Trocar as luvas entre um paciente e outro;

Não substitui a lavagem das mãos;

Aventais ou capotes

Usar quando:

Estiverem limpos e não estéreis;

No risco de contaminação do uniforme através de respingos, jatos ou borrifos de líquidos corporais ou sangue (uso individual por paciente);

No contato com pacientes portadores de microrganismos de grande importância epidemiológica, desprezar logo após o uso.

Deve ser retirado imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ambientais ou de contato com outros pacientes.

IV. PARA DESCARTE DE MATERIAIS PÉRFURO-CORTANTES

Nunca reencapar agulhas após a reutilização;

Desprezar em recipientes próprios, resistentes a cortes e punções;

Deixar próximo ao local de manipulação (sala de vacina, preparo, curativos e medicação);

Transportar a caixa de material perfuro cortante lacrado pela equipe de Enfermagem, pela equipe de limpeza;

Substituir o recipiente quando estiver com ¾ do volume;

Manter o recipiente de descarte de material perfuro-cortante em local próprio, limpo e seco (não deixá-lo no chão ou em local úmido / passível de respingo);

Não manusear diretamente lâminas de bisturis, agulhas, utilizando a pinça para descartá-los;

O Local adequado para o descarte de infectantes não perfuro – cortantes deve ser o saco branco leitoso;

É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu aproveitamento.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precauções Universais e uso dos Equipamentos de proteção individual - EPI **UPA 24h**		
POP Nº: 012 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/012	**NOME:**Procedimento Operacional de Precauções Universais e Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI		
SETOR: Todos os setores desta Unidade de Pronto Atendimento			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precauções Universais e uso dos Equipamentos de proteção individual - EPI **UPA 24h**		
POP Nº: 012 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/012	**NOME:**Procedimento Operacional de Precauções Universais e Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI		
SETOR: Todos os setores desta Unidade de Pronto Atendimento			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/0012- VERSÃO A

Procedimento Operacional de Precauções Universais e Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Precauções Universais e uso dos Equipamentos de proteção individual - EPI **UPA 24h**		
POP Nº: 012 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/012	**NOME:**Procedimento Operacional de Precauções Universais e Uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI		
SETOR: Todos os setores desta Unidade de Pronto Atendimento			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional da Central de Esterilização **UPA 24h**		
POP Nº: 013 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/013	**NOME:**Procedimento Operacional para Sala de Esterilização.		
SETOR:Central de Esterilização e Expurgo			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Técnicos de Enfermagem			

LIMPEZA – DESINFECÇÃO – ESTERILIZAÇÃO

I DEFINIÇÃO

Limpeza: remoção de todo material estranho dos objetos, como sangue, secreções, alimentos, fezes, etc.

Descontaminação: é o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies, tornando-os aptos para o manuseio seguro. Este processo pode ser aplicado através da limpeza, desinfecção e esterilização de artigos.

Desinfecção: processo que elimina/destrói todos os micro-organismos patogênicos, exceto os esporos bacterianos de superfícies inanimadas.

Desinfecção ALTO NÍVEL – DESTRÓI todos os micro-organismos e alguns esporos.

Realizada na autoclave.

Desinfecção MÉDIO NÍVEL – INATIVA, mas não destrói o bacilo da tuberculose, bactérias na forma vegetativa, a maioria dos vírus e fungos, exceto os esporos bacterianos.

Realizada com Hipoclorito de sódio a 1%.

Tempo de exposição de 30 minutos ou com álcool a 70%.

Desinfecção de BAIXO NÍVEL – MATA a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não destrói micro-organismos resistentes como bacilo da tuberculose e esporos bacterianos.

Realizada com álcool a 70%.

Esterilização: é o processo físico ou químico que destrói todos os tipos de micro-organismos, inclusive os esporulados.

II. CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

É importante considerar TODOS os artigos contaminados independente do grau de sujidade do presente.

Artigos Críticos– artigos com alto risco de infecção se contaminados com micro-organismos, inclusive esporos bacterianos. São artigos destinados à penetração através da pele e mucosas adjacentes, tecidos sub-epiteliais e sistema vascular do paciente/cliente.

Processamento indicado: ESTERILIZAÇÃO

Artigos Semi-Críticos– artigos com nível médio de risco de infecção. São artigos destinados ao contato com a pele não íntegra, mucosas intactas do paciente/cliente.

Processamento indicado: DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL

Artigos Não-Críticos– artigos com mínima ou nenhuma de causar risco de infecção. São artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente/cliente.

Processamento indicado: LIMPEZA OU DESINFECÇÃO DE BAIXO NÍVEL

III. COMPETÊNCIA

Executar as etapas de processamento do material (recebimento, preparo, esterilização, estocagem e distribuição);

Anotar a produção/ ciclos/ lotes no livro do Setor;

Comunicar ao Enfermeiro RT qualquer anormalidade com materiais e equipamentos;

Auxiliar na elaboração de rotinas técnicas;

Participar de treinamentos e cursos;

Participar da implantação de novas técnicas;

Comunicar à Coordenação de Enfermagem danos ou perda de material;

Desempenhar tarefas afins.

Lavar as mãos e friccionar álcool a 70% antes e após executar as atividades;

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água;

Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas;

Usar EPI (jaleco de tecido, touca e luvas de procedimento - quando necessário);

Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;

Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e assinatura do profissional;

IV. MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO

Compressas

Almotolia de Álcool a 70%

Fita Crepe

Fitas Testes

Jaleco

EPI'S

Caixa de luvas de procedimento

Autoclave

Impresso: Controle de Esterilização

Gaze

V. PARA A RECEPÇÃO DOS MATERIAIS

Lavar as mãos e friccionar álcool gel antes e após executar as atividades;

Fazer desinfecção com um pano umedecido em álcool a 70% das mesas e bancadas, no início trabalho e sempre que necessário;

Receber e conferir os materiais;

Conferir o conteúdo de cada pacote;

Usar EPI durante a conferência dos instrumentais sujos (avental de tecido, luvas de procedimento, touca);

Preencher o impresso de controle e recepção de material com letra legível, constando as assinaturas do responsável pelo setor;

Avaliar rigorosamente a limpeza e a integridade dos materiais recebidos. O instrumental recebido sujo deverá ser reprocessado pelo funcionário do expurgo;

Manter a bancada livre e anotar no livro / relatório de instrumentais as pendências (danificados, incompletos);

Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;

Comunicar o RT (Responsável Técnico) quaisquer alterações nos materiais;

Encaminhar à Coordenação Administrava o material danificado e solicitar reposição;

Registrar no livro quaisquer alterações nos materiais;

Manter os armários em ordem;

Manter a área limpa e organizada.

VI. PARA A BANCADA DE PREPARO

Utilizar técnica padronizada e funcional para os pacotes, a fim de facilitar o uso e favorecer a técnica asséptica;

Preparar e separar os materiais;

Empacotar os materiais conforme padrão de cada pacote;

Identificar os pacotes colocando no rótulo: nome do pacote, data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado), validade (será preenchido quando for esterilizado), nome legível do funcionário que preparou o pacote;

Fixar com fita crepe ou selar os pacotes;

Acondicionar os pacotes a serem esterilizados em local limpo, fresco e ao abrigo do sol;

Encaminhar os materiais para a esterilização;

Executar o processo de esterilização na(s) autoclave(s), conforme instrução do fabricante;

Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento da(s) autoclave (s);

Realizar teste Bowie & Dick nas autoclaves de alto vácuo;

Realizar teste biológico diário, de preferência no 1° ciclo de esterilização em autoclave e após manutenção preventiva e corretiva;

Manter, junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso;

Comunicar o RT (Responsável Técnico) quaisquer alterações nos equipamentos;

Estocar o material esterilizado, após esfriar em armário fechado, no local fresco, limpo, organizado e ao abrigo do sol. Não empilhar pacotes;

VII. PADRÃO PARA PACOTES

Usa-se tecido

Sutura

01 bandeja retangular

01 cuba redonda

01 campo fenestrado

01 compressa

01 Pinça Kelly reta 14 cm

01 Pinça Kelly curva 14 cm

01 pinça de Pean

01 pinça anatômica c/dente de rato

01 porta-agulha Hegar14 cm

01 tesoura ponta fina 14 cm

01 gaze

Pequena cirurgia

01 bandeja retangular

01 cuba redonda

01 campo fenestrado

01 compressa

01 Pinça Kelly reta 14 cm

01 Pinça Kelly curva 14 cm

01 afastador

01 porta-agulha Hegar 14 cm

01 cabo de bisturi nº 4

01 tesoura 14 cm

01 gaze

Exerese

01 bandeja retangular

01 pinça Pean 14cm

01 pinça anatômica Dente de rato 12 cm

01 pinça Kelly curva12 cm

01 pinça Kelly curva

01 pinça Kocher curva 14 cm

01 cabo de bisturi nº 4

01 Tentacânula

01 tesoura Metzembaum

01 Campo fenestrado 40 X 40 cm – diâmetro de 10 cm

Pacote de curativo

01 cuba redonda

01 pinça Kelly reta

01 pinça dente de rato

01 pinça anatômica

01 tesoura Mayo

gaze

Bandeja para sondagem Vesical de Demora

01 bandeja retangular

01 cuba rim redonda

01 pinça Kelly

01 fenestrado

gaze

Sondagem Vesical de Alívio

01 cuba rim

01 cuba redonda

01 campo fenestrado

01 pinça Cheron

gaze

Bandeja cirúrgica – Odontologia

01 bandeja retangular

01 carpule

01 espelho

01 pinça clínica

01 tesoura reta

01 tesoura curva

01 sugador cirurgico

01 hemostático

01 afastador

01 cureta (colher de dentina)

01 porta agulha reta

01 porta agulha curva

Gaze

Bandeja Endodontia - Odontologia

01 carpule

01 pinça

01 espelho

01 sonda

01 cureta n 01

01 seringa

01 sugador

01 cureta (colher dentina)

01 bandeja

Gaze

Bandeja clínica

01 espelho

01 pinça

01 sonda

01 carpule

01 espátula nº 1

01 cureta (colher de dentina)

01 porta hidróxido de cálcio

01 bandeja

Gaze

Kit Alavancas

01 reta

01 bandeira (lado direito)

01 bandeira (lado esquerdo)

Kit Remoção de Sutura

01 tesoura

01 pinça cirúrgica

Exame Clínico Odontológico

01 pinça clínica

01 espelho clínico com cabo

01 sonda exploradora

Restaurações de resina, cimento de ionômero de vidro, selante e materiais provisórios

01 espátula de inserção ou nº 1

01 colher de dentina

01 aplicador de hidróxido de cálcio

Restaurações em amálgama

01 colher de dentina

01 brunidor

01 condensador pequeno

01 condensador grande

01 esculpidor tipo hollemback

Manipulação de materiais

01 espátula de manipulação

Anestesia

01 seringa carpule

Restaurações Classe II

01 porta-matriz

Raspagem

Jogo de curetas periodontais

01 sonda milimetrada

Avulsos

Fórceps Adulto (Nº 1;3;17;21;18R; 27;65;68;69;150;151)

Cabo de bisturi

Pinça goiva

Broqueiros cirúrgicos

Broqueiros clínicos

Sonda milimetrada

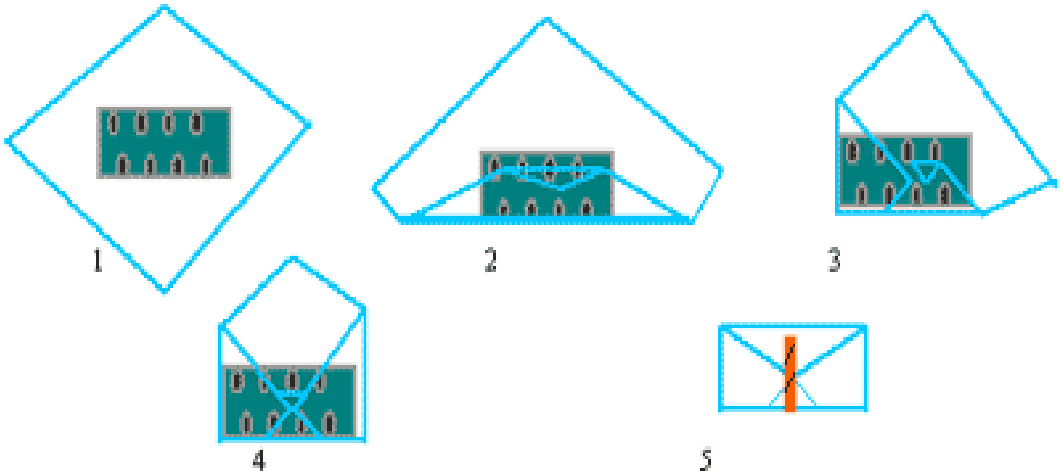
Régua de endodontia

Porta matriz

Espátulas de inserção

Espátulas de manipulação

VIII. TÉCNICA DE DOBRADURA DOS PACOTES



IX. MONTAR A CARGA DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES BÁSICAS

Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes;

Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto;

Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack;

Evitar que o material toque nas paredes da câmara;

Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;

Posicionar os pacotes pesados na parte inferior da rack;

Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo;

Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave.

Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclodiariamente;

Abrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;

Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los para armazenamento adequado;

Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades;

Manter a área limpa e organizada;

X. ROTINA DE ARMAZENAMENTO DO MATERIAL

Realizar a desinfecção dos armários, bancadas, das estantes e suportes livres, com pano umedecido em álcool a 70% diariamente e sempre que necessário;

Estimar e controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária;

Conferir e fornecer o material embalado em saco plástico aos setores da US;

Receber o material da área de esterilização e guardá-lo após o esfriamento, no local adequado e identificado;

ATENÇÃO!

Observar em cada pacote esterilizado: modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor;

XI. ROTINA DE DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

Preenchimento do rótulo;

Integridade do pacote;

Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento na frente;

Solicitar a orientação do enfermeiro, sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades;

Manter a área limpa e organizada.

Distribuir os materiais nos setores da US, conforme solicitações ou necessidades;

Transportar os materiais em saco plástico branco leitoso até o setor destino;

Registrar a saída do material;

XII. RECOMENDAÇÕES

Reesterilizar todo o material que perder a integridade (pacote violado, papel rasgado ou molhado) ou com a validade vencida;

O campo de tecido que não for utilizado no período da validade (07 dias) deverá ser lavado antes de nova esterilização;

Realizar limpeza semanal (sexta-feira) em autoclave. A limpeza deverá ser realizada com água e sabão em área externa e interna;

Registrar número de ciclos diários;

Solicitar a orientação do enfermeiro RT, sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades;

Manter a área limpa e organizada.

XIII. DESCRIÇÃO PASSO A PASSO DO PROCESSAMENTO

Limpeza

A limpeza de artigos é realizada por:

fricção mecânica, utilizando água e sabão, auxiliada por esponja, pano, escova em pia de lavagem dentro do padrão permitido pelo Ministério da Saúde.

Descontaminação

A descontaminação de artigos é realizada por:

imersão completa do artigo em solução desinfetante acompanhada ou não de fricção com escova/esponja.

Área	Função	Classif.	Método	EPI
Expurgo	- Receber materiais contaminados e executar processos de limpeza, descontaminação lavagem e secagem. - Deve estar separada das demais através de uma barreira física.	Área suja	- Lavagem manual ou mecânica, utilizando água e sabão ou imersão em solução desincrostante. - Desmontar equipamentos articulados - Enxágue com água corrente potável - Idealmente o último enxague deve ser feito com água destilada (evitar desgaste dos materiais devido ao depósito de metais oriundos da água ou das tubulações) - Secagem	- Luvas de borracha cano alto - Máscara antipartículas - Óculos protetor - Avental impermeável - Botas impermeáveis - Gorro
Preparo	Empacotamento, identificação e controle químico	Área limpa	- Empacotar conforme indicado - Fixar fita de controle químico na face externa do pacote - Etiquetar, identificando o material, data e responsável	- Vestimenta - Gorro
Esterilização	Eliminação completa de todas as formas de vida microbiana dos artigos	Área limpa	a) Meio Físico - Calor seco - Calor úmido sob pressão b) Meio Químico Líquido	- Vestimenta - Gorro

			- Hipoclorito de sódio	
Armazena mento	Armazenar com garantia de preservação da esterilidade do material	Área limpa	Os pacotes devem estar íntegros e secos, resfriados naturalmente nas autoclaves (não resfriar em bancadas, pois ocorre formação de umidade) Estocar em armários fechados, exclusivos, de acesso restrito.	- Vestimenta - Gorro

Enxague

Para enxágue de artigos após limpeza e/ou descontaminação a água é potável e corrente.

Secagem

O processo de secagem dos artigos tem por finalidade evitar a alteração da umidade nos processos e produtos posteriores. Os métodos são por:

pano limpo ou seco

XIV. ÁREAS DA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

XV. TÉCNICA DE PROCEDIMENTO DE DESINFECÇÃO DE ARTIGOS POR MEIO QUÍMICO LIQUIDO

Imergir o artigo em solução desinfetante recomendada;

Preencher o interior das tubulações e reentrâncias, evitando formação de bolhas de ar;

Observar e respeitar o tempo de exposição de cada produto, de acordo com o recomendado para cada tipo;

Manter recipientes tampados durante o processo dos artigos e a realidade do produto;

ENXAGUAR ARTIGOS SUBMETIDOS AOS PRODUTOS, INCLUSIVE O INTERIOR DAS TUBULAÇÕES, COM ÁGUA POTÁVEL OU ÁGUA ESTERILIZADA DE ACORDO COM A CRITICIDADE DOS ARTIGOS;

Acondicionar o material processado em recipiente ou invólucro adequado e estocar em local limpo, seco e fechado.

XVI. CONSIDERAÇÃO

Na falta de água destilada, os artigos podem ser enxaguados com soro fisiológico.

Artigo	Processamento	Substância	Tempo
Instrumental cirurgico metálico/pinças	Esterilização	Autoclave	Ciclos
Circuitos de respiradores	Esterilização	Autoclave	Ciclos
Kit de macronebulização	Desinfecção	Hipoclorito de sódio a 2%	30 minutos
Conexões e acessórios de respiradores/traqueias	Esterilização	Autoclave	Ciclos
Umidificador	Desinfecção	Hipoclorito de sódio a 2%	30 minutos
Mangueira de o2 e aspiração	Esterilização	Autoclave	Ciclos
Látex para aspiração	Esterilização	Autoclave	Ciclos
Lâmina de laringoscópio	Desinfecção	Álcool a 70%	Friccionar e deixar secar três vezes consecutivas
Frascos de aspiração	Esterilização	Autoclave	Ciclos
Cabo de laringoscópio	Desinfecção	Álcool à 70%	
Ambu	Esterilização	Autoclave	Ciclos

Comadres e patinhos	Desinfecção	Álcool a 70%	Friccionar e deixar secar três vezes consecutivas

XVII. MÉTODOS E PRODUTOS PARA PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E SUBSTÂNCIAS

XVIII. VALIDADE DOS PRODUTOS PARA IMERSÃO

Produtos/Métodos	**Condições dos artigos por Tipo de Processamento**	**Validade Da Solução Em Uso**
Hipoclorito	- Sujo E Contaminado (Descontaminação) - Limpo E Seco (Desinfecção)	Uso Único 24 Horas ou doseamento
Álcoois	- Sujo E Contaminado (Descontaminação) - Limpo E Seco (Desinfecção)	Uso Único Doseamento
Glutaraldeido	- Limpo e Seco (Esterilização/Desinfecção)	14/28 Dias Conforme Fabr. Na presença de depósitos Alteração de cor e Ph

Fonte: Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. Ministério da Saúde, 2ª edição. 1994

XIX. USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM RELAÇÃO A CADA MÉTODO E PRODUTO DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

Método/produto	**Toxicidade**	**EPI Necessário**
Autoclave		Luva amianto cano longo
Estufa		Luva amianto cano longo
Hipoclorito	Inalatória/ingesta/Mucosa/pele	Luvas
Álcoois		Luvas de procedimentos

Glutaraldeido	Inalatória/ Ingesta/ Mucosa/ Pele/ Carcinogênico/Mutagênico	Máscara c/ filtro químico + óculos + luvas de borracha + avental impermeável

XX. PROCESSO GERAL DE ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE A VAPOR

Processo	**Método**
Disposição dos pacotes dentro da autoclave	- Empilhamento vertical - Não ultrapassar 2/3 da capacidade da câmara e não encostar nas paredes - Dispor os pacotes de forma intercaladas, c/ espaço entre eles - Caixas metálicas devem estar deitadas e utilizadas somente sem a tampa ou perfuradas e recobertas com embalagens adequadas (algodão cru, papel crepado) - Objetos côncavos devem ser colocados de boca para baixo
Remoção	- Remoção do ar do interior da câmara e dos pacotes através de vácuo
Admissão do vapor	- Após a exaustão do ar, ocorre a admissão do vapor, inicia-se a exposição dos materiais à esterilização. Compreende três fazes: Tempo de penetração Tempo de esterilização Intervalo de confiança
Exaustão do vapor	
Secagem da carga	- Aguardar 5 a 10 minutos dentro da autoclave. - Não secar os materiais em bancadas fora da autoclave, pois ocorre a formação de umidade, favorecendo a contaminação.

XXI. ESTOQUE E VALIDADE DA ESTERILIZAÇÃO

Invólucros	**Condições de estoque**	**Prazo de validade (dias)**
Papel grau cirúrgico	Temperatura ambiente	03 a 06 meses
Tecido	Temperatura ambiente	07 dias
Almotolias	Temperatura ambiente	24 h

XXII. ARMAZENAMENTO

Um correto processo de esterilização só acontece quando se completa com eficácia e segurança o armazenamento do material.

É IMPRESCINDÍVEL que a circulação do pessoal seja restrita.

O material desinfetado ou esterilizado deve permanecer em local próprio e limpo, separado dos demais.

Suas disposições são em prateleiras com portas de fácil limpeza, sendo no mínimo 30 cm do chão e 50 cm do teto.

O clima ambiente estar climatizado em 25° para se obter um perfeito acondicionamento.

XXIII. CONTROLE DE QUALIDADE DA AUTOCLAVE

O monitoramento é realizado para controlar a rotina operacional através dos indicadores de eficiência do processo, certificando-se de que as especificações validadas para o processo estão sendo mantidas dentro do padrão estabelecido.

ATENÇÃO!

"quem prepara o material é quem assina".

CONTROLE DE EXPOSIÇÃO – Classe 1

Teste da fita de autoclave

Frequência: Realizado sempre que materiais esterilizados.

Procedimento

Colocar uma fita de autoclave na face externa de cada pacote a ser esterilizado;

Verificar a mudança do indicador químico. A cor efetiva após o processo de esterilização se comprova com a cor preta.

CONTROLE DE EQUIPAMENTO - Classe 2

Teste de Bowie & Dick

O teste Bowie & Dick é indicado para testar a eficácia do sistema de vácuo da autoclave, detectar a presença de ar residual, avaliar a penetração de vapor e falhas no funcionamento da bomba de vácuo.

Procedimento:

Realizar limpeza da câmera interna da autoclave;

Realizar o teste no primeiro ciclo do dia.

Colocar o Bowie & Dick Pacote na posição horizontal sobre o dreno da câmara ou o mais perto possível, num o apoio ou cesto perfurado, na autoclave vazia e já pré-aquecida;

Programar a autoclave: F1, 4;

Realizar um ciclo da máquina, usando o estágio de remoção de ar como usado para a produção de esterilização, 134° C – 137°C durante 3,5 minutos. O pacote deve ser removido imediatamente da autoclave e os resultados checados. O pacote deve ser manejado com cautela, já que estará quente.

RESULTADO:Uma exposição a 134° C – 137°C durante 3,5 minutos invalida o teste. A folha do teste se encontra no centro do pacote.

EFICAZ**:** Se o estágio de remoção de ar da autoclave está funcionando corretamente e a capacidade de rápida penetração do vapor, a tinta padrão(amarelo) da folha do indicador terá mudado de amarelo para azul/púrpura/preto;

NÃO EFICAZ**:** Se rápida penetração de vapor não ocorrer, ou se a qualidade de vapor não for satisfatória, a tinta padrão (amarelo) da folha teste mostrará cor amarela ou marrom em direção ao centro do pacote teste (ver guia de referência de cores no livro de controle de qualidade);

- Caso o resultado do teste não seja eficaz, a autoclave deverá ser interditada. Comunicar o Enfermeiro de plantão e ou a Coordenadora de Enfermagem;

As informações devem ser registradas/arquivadas no Livro de Controle de Qualidade e assinada pelo profissional que realizou o teste.

8º Colar em Livro de Controle de Qualidade a impressão do ciclo realizado, datar, assinar e carimbar.

XXIV. LIMPEZA DA AUTOCLAVE

Desligar o disjuntor geral quando qualquer manutenção for realizada.

Frequência: Diário

Procedimento:

Limpeza da Câmara Interna com os seguintes produtos: 250 gramas de vaselina diluída em 1 litro de álcool.

Umedecer uma compressa com a mistura e passar na câmara interna com a câmara fria.

XXV. MANUTENÇÃO PREVENTIVA DA AUTOCLAVE

Frequência: Conforme fabricante (ver manual da autoclave);

1/mês troca do Elemento Filtrante;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional da Central de Esterilização **UPA 24h**		
POP Nº: 013 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/013	**NOME:**Procedimento Operacional para Sala de Esterilização.		
SETOR:Central de Esterilização e Expurgo			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Técnicos de Enfermagem			

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional da Central de Esterilização **UPA 24h**		
POP Nº: 013 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/013	**NOME:**Procedimento Operacional para Sala de Esterilização.		
SETOR:Central de Esterilização e Expurgo			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Técnicos de Enfermagem			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico **UPA 24h**		
POP Nº: 014 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/014	**NOME:**Procedimento Operacional para conduta de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico		
SETOR:Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Profissionais de Saúde			

I. INTRODUÇÃO

Profissionais de Enfermagem diretamente ligados a assistência estão potencialmente expostos a muitas doenças infecto-contagiosas, principalmente aqueles em contato direto com pacientes ou artigos e equipamentos contaminados com material orgânico.

Este protocolo tem a finalidade de direcionar o profissional que se acidenta com exposição a material biológico facilitando o atendimento necessário diante do acidente.

Os acidentes mais comuns são os ferimentos com material perfuro-cortante e derramamento de material líquido contaminado, devendo - se tomar os seguintes cuidados:

Na eventualidade de exposição acidental a material biológico, o profissional de saúde deverá seguir este protocolo.

II. CUIDADOS LOCAIS

Lesões decorrentes de acidentes com materiais perfuro-cortantes, como agulhas, bisturis e tesouras potencialmente contaminados, devem ser, imediatamente, lavadas com água. As membranas mucosas e a pele devem ser lavadas com água corrente em abundância ou soro fisiológico 0,9% repetindo a operação varias vezes.

*Proibido o uso de substâncias cáusticas (como hipoclorito de sódio), pois estas aumentam a área lesada e, consequentemente, a exposição ao material infectante.

Exposição a sangue e outros fluidos corporais

Limpeza rigorosa do local com água;

Exposição da mucosa ocular ou oral, irrigar a área exposta com soro fisiológico ou água corrente em abundância;

Derramamento de material líquido contaminado no piso

Dependendo da extensão do líquido derramado cobri-lo com um pano ou gaze;

Colocar hipoclorito de sódio a 1% em abundância por cima do pano ou gaze e deixar por 30 minutos;

Em caso de gaze contaminada com sangue cair no chão, proceder da mesma forma;

Nunca tocar no material com as mãos desprotegidas;

Cuidados com materiais perfuro cortante

Não reencapar agulhas;

Não desconectar as agulhas das seringas;

Não quebrar ou entortar as agulhas;

Desprezar perfuro-cortantes em recipiente adequado (descarpack);

Não jogar perfuro-cortantes no lixo comum;

Não deixar agulhas nas camas ou berços dos pacientes;

Não usar agulhas para pregar cartazes nos murais;

Utilizar luvas de procedimentos para punção venosa SEMPRE;

Manusear materiais cortantes com cuidado;

As lâminas de bisturi devem ser colocadas e retiradas com o auxílio da pinça porta agulha;

Agulhas de sutura devem ser manipuladas com uma pinça;

ATENÇÃO!

Nunca utilizar soluções irritantes como éter, álcool e hipoclorito.

Evitar manipulação excessiva da área exposta.

Procurar imediatamente orientação para avaliar o risco do acidente.

III. EXAMES SOLICITADOS

Paciente ACIDENTADO (laboratorial)	**Paciente FONTE (testes rápidos)**
- Anti HIV - HBsAg - Anti-HBs - Anti HVC - VDRL	- Anti- HIV (teste rápido) - HBsAg (teste rápido) - AntiHbs (laboratorial) - Anti HVC (teste rápido) - VDRL(laboratorial)

IV. NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme a Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978

32.1 Do objetivo e campo de aplicação

32.1.1 Esta Norma Regulamentadora – NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

32.1.2 Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

32.2.4.3.2 O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.

32.2.4.5 O empregador deve vedar:

a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;

o ato de fumar, o uso de adornos e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;

o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;

a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;

o uso de calçados abertos.

32.2.4.6 Todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto.

32.2.4.6.2 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.

32.2.4.14 Os trabalhadores que utilizarem objetos perfuro-cortante devem ser os responsáveis pelo seu descarte.

32.2.4.15 São vedados o reencape e a desconexão manual de agulhas**.**

32.2.4.17 Da Vacinação dos Trabalhadores:

32.2.4.17.1 A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.

32.2.4.17.6 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador.

*O TRABALHADOR DEVE TER SEU CARTÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO!

V. ENVELOPE FLUXOGRAMA

Fluxograma de atendimento de acidente com exposição à material biológico conduta

Lavar a área exposta imediatamente

Exposição percutânea ou contato com pele: lavar o local exaustivamente com água.

↓

Comunicar o Enfermeiro do setor

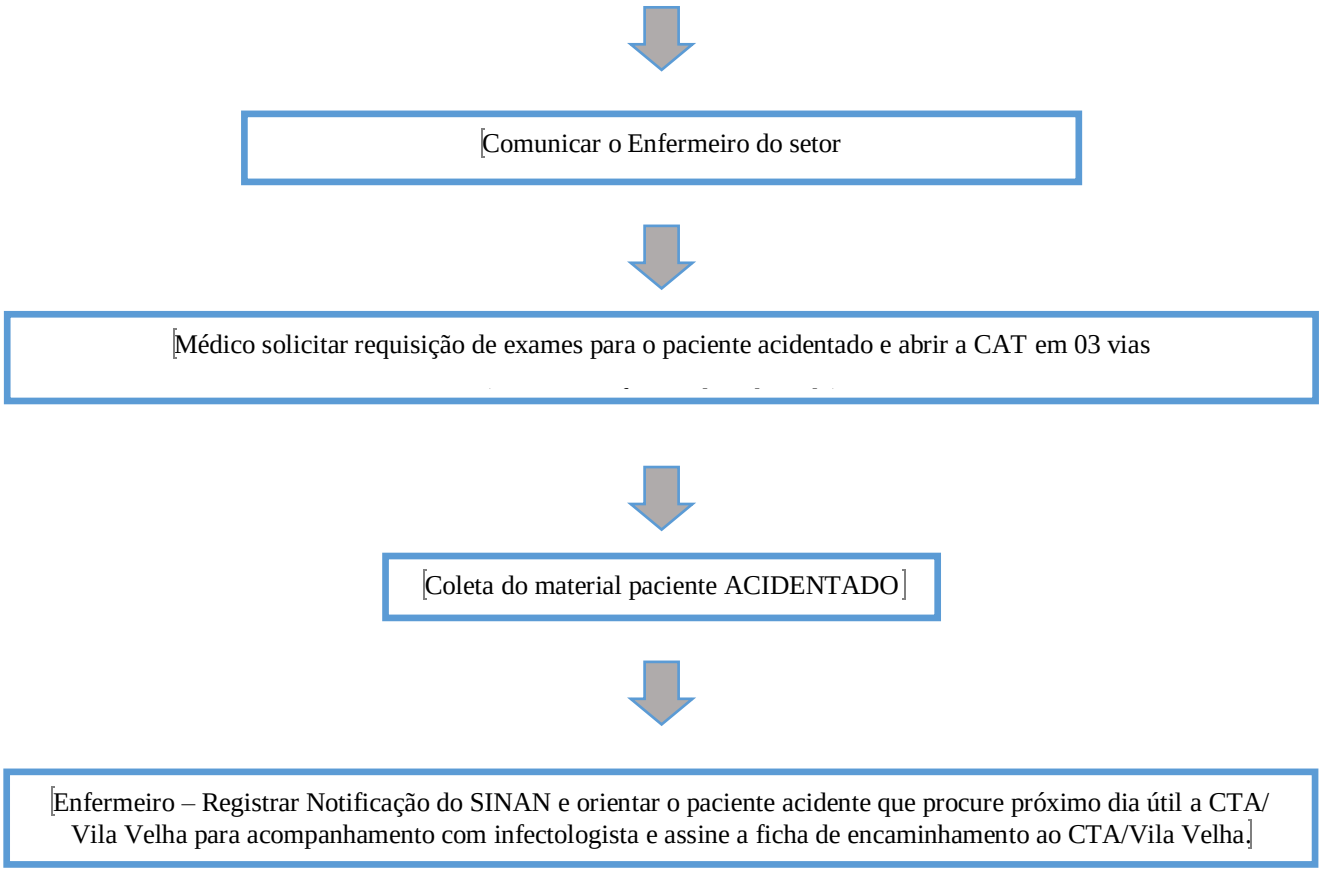
↓

Enfermeiro (a) com o **ENVELOPE CAT** em mãos direcionar-se ao Médico de Plantão junto com o acidentado

Enfermeiro realizar Teste Rápido de HIV, Hep. C, Hep. B no paciente FONTE e comunicar resultado ao Médico.

Testes disponíveis no setor de Farmácia. Para retirada dos testes no setor de farmácia é necessário a apresentação da solicitação destes pelo Médico.

Se paciente FONTE DESCONHECIDO, o médico de plantão deverá avaliar o grau do acidente e se considerar necessário deverá prescrever profilaxia por 07 dias e orientar que o paciente ACIDENTADO procure a CTA/Vila Velha para avaliação de um infectologista.



VI. NOTIFICAÇÃO DO ACIDENTE (CAT/SINAN)

Abertura de acidente em CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) em 3 vias pelo médico de plantão (atestado médico) e enfermeiro de plantão (emitente);

Preenchimento da ficha de notificação do Sinan pelo enfermeiro de plantão

VII. CONTEÚDO DO ENVELOPE

Fluxo de Acidente por Exposição a Material Biológico;

Notificação de Sinan;

CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);

Encaminhamento para o Centro de Triagem e Aconselhamento do Município da Serra;

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de **Teste** de Funcionamento do Respirador **UPA 24h**		
POP Nº: 016 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/016	**NOME:**Procedimento Operacional de Teste de Funcionamento do Respirador		
SETOR: Emergência e Postos de Observação Adulto e Pediátrico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. OBJETIVO

Orientação quanto ao procedimento de cadastro de pacientes na CRV (Central de Regulação de Vagas)

II. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS

Evolução médica (somente evoluir conforme prescrição médica)

Livro de Cadastro de Paciente na CRV (quando cadastrar paciente)

Computador

Internet

Caneta

III. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para cadastrar paciente

Entrar no site da Central de Regulação de Vagas (http://201.62.35.219/regulador/)

Preencher Usuário, Senha, Perfil: Solicitante e Selecionar Estabelecimento PA

Clicar em NOVA SOLICITAÇÃO

Preencher Nome do paciente

Preencher Data de Nascimento

Preencher Sexo do paciente

Preencher Nome do Médico Solicitante

Preencher Quadro Clínico

Preencher Resultados de Exames de Apoio ao Diagnóstico (exames laboratoriais: item obrigatório para concluir cadastro de paciente)

Preencher Hipótese Diagnóstico

Preencher Especialidade

Assinalar em Paciente Assistido: SIM sempre.

Preencher Sinais Vitais (item obrigatório para concluir o cadastro do paciente)

Salvar

Registrar em Livro de Cadastro de Paciente na CRV, todos os itens constados no Livro.

Para Cancelar Solicitação

Entrar no site da Central de Regulação de Vagas (http://201.62.35.219/regulador/)

Preencher Usuário, Senha, Perfil: Solicitante e Selecionar Estabelecimento PA GLORIA

Clicar no Nome do Paciente que deverá ser cancelado (somente, por motivos de ALTA, EVASÃO e/ou ÓBITO)

Clicar em CANCELAR SOLICITAÇÃO

Selecionar Motivo do Cancelamento

Preencher Descrição com o motivo do cancelamento

Salvar

ATENÇÃO!

Cancelar cadastro, somente, por motivos de ALTA, EVASÃO e/ou ÓBITO.

Para Evoluir Paciente

Entrar no site da Central de Regulação de Vagas (http://201.62.35.219/regulador/)

Preencher Usuário, Senha, Perfil: Solicitante e Selecionar Estabelecimento PA GLORIA

Clicar no Nome do Paciente

Clicar em EVOLUIR PACIENTE

Clicar em Novo

Preencher Descrição da Evolução Médica

Preencher Sinais Vitais (item em vermelho obrigatório para concluir a evolução do paciente)

Preencher Especialidade (conforme prescrição médica)

Preencher Profissional Evolução/ Nome do Médico Solicitante

Salvar

Para Esclarecimento

Entrar no site da Central de Regulação de Vagas (http://201.62.35.219/regulador/)

Preencher Usuário, Senha, Perfil: Solicitante e Selecionar Estabelecimento PA GLORIA

Esclarecer, sempre que alarme em vermelho, em tela.

Clicar no Nome do Paciente

Clicar em Esclarecimento

Na dificuldade de saber qual o paciente que está sendo solicitado o esclarecimento, clicar em **ESC**, em seguida, clicar em esclarecimento. Pronto, conseguirá visualizar de qual paciente está sendo solicitado o esclarecimento.

Clicar na Data do Esclarecimento (quando existir a solicitação do esclarecimento)

Clicar em Novo

Ler a descrição sobre o esclarecimento

Responder o esclarecimento (conforme evolução/prescrição médica) em item Resposta do Esclarecimento. (na falta de dados na evolução médica/prescrição médica, solicitar ao Médico a resposta do esclarecimento)

Salvar

Dados do Paciente

Preencher Nome da Mãe

Preencher Sexo do paciente

Quando Reserva Confirmada

Observar se reserva confirmada em SITUAÇÃO (item ao lado do nome do paciente na lista)

Posicionar o mouse em cima do Nome do Paciente e observar qual o destino da transferência

Informar ao Médico a Reserva Confirmada e Destino

Informar ao Paciente e/ou Acompanhante do destino da transferência

Se rejeição, seguir PROTOCOLO DE FLUXOGRAMA DE INTERNAÇÃO DE PACIENTE NA CRV (se encontra na sala do Enfermeiro)

Se aceitação do paciente para ser transferido, EMITIR GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Clicar em DADOS DA SOLICITAÇÃO

Clicar em Guia de Transferência

Preencher os itens necessários em asteriscos

Imprimir em 2 vias (uma via fica anexado ao prontuário do paciente e outra via entregue a remoção

IV. CONSIDERAÇÕES

A remoção/transferência, **somente**, deverá ser acompanhada pelo Enfermeiro e/ou Médico do Setor.

Registrar em Livro de Ocorrência Geral do Enfermeiro (se encontra na sala do Enfermeiro) o Nome do Paciente cadastrado e Hora da Transferência/remoção.

Os itens com asteriscos em vermelhos são obrigatórios para dar continuidade no processo de cadastro/evolução/cancelamento/dados do paciente/espelho de solicitação.

Se não visualizar a Lista dos Pacientes Cadastrados, CLICAR em F11.

Sempre que entrar no site MV/CRV, observar se o local do estabelecimento é PA.

Paciente REJEITADO significa:

Demora no registro da evolução do paciente

Demora na resposta ao esclarecimento

Falta de dados da evolução e/ou

Rejeitado por algum estabelecimento/hospital

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de **Teste** de Funcionamento do Respirador **UPA 24h**		
POP Nº: 016 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/016	**NOME:**Procedimento Operacional de Teste de Funcionamento do Respirador		
SETOR: Emergência e Postos de Observação Adulto e Pediátrico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. OBJETIVO

Orientação quanto à realização do TESTE do funcionamento do Respirador

II. PERIODICIDADE

Realizar, DIARIAMENTE, ao iniciar plantão.

III. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS

Respirador IVENT 201

Caneta

RESPIRADOR IVENT 201

RESPIRADOR IVENT 201

Botão Ligar e Desligar

(na parte de trás)

Umidificador

Botão Confirmar Seleção

Diafragma

Válvula Expiratór

Sensor de Fluxo

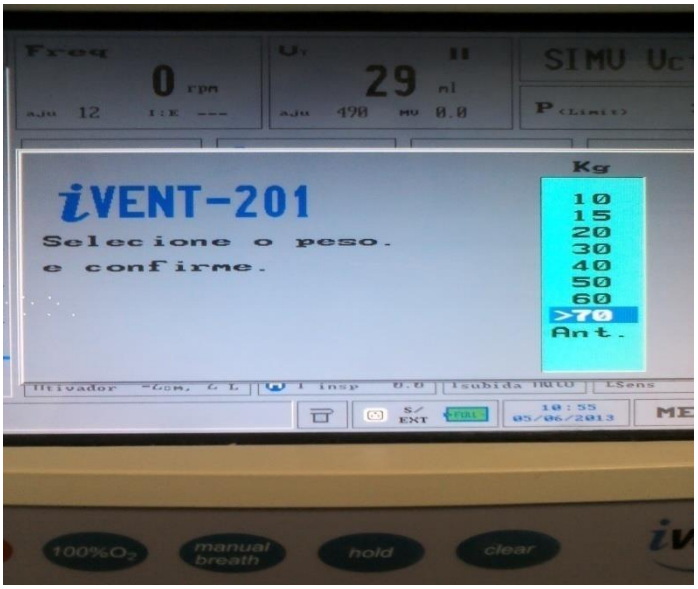
Válvula Paciente

IV. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Aperta o botão de LIGAR

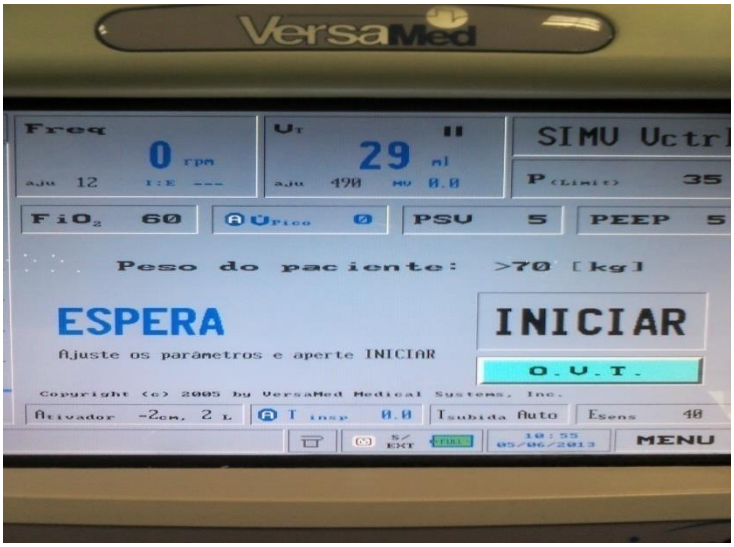
Tela Inicial

Selecionar PESO do paciente



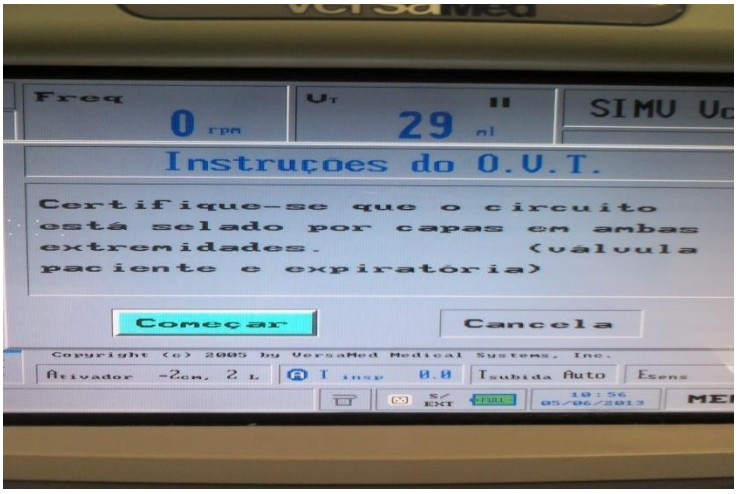
Clicar em Botão Confirmar Seleção

Selecionar Teste **O.V.T**



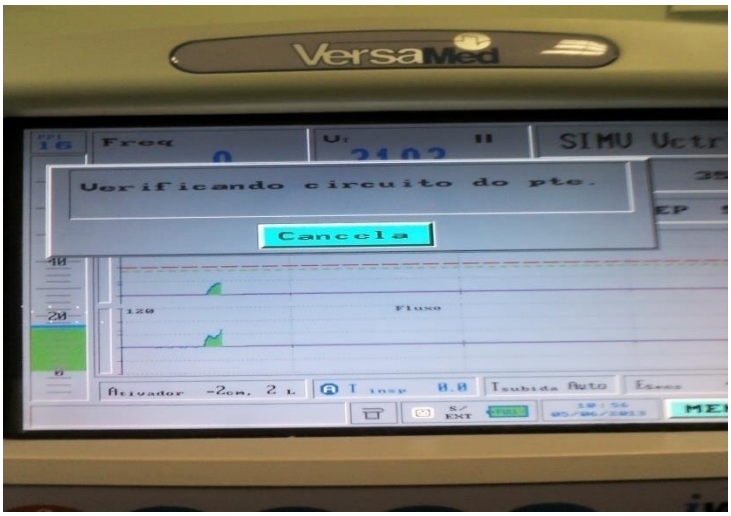
Clicar em Botão Confirmar Seleção

Certificar-se que o circuito está selado por capas em ambas extremidades (válvula paciente e válvula expiratória)



Com o dedão da mão, tampar a abertura da válvula paciente e com a palma da mão tampar a válvula expiratória e clicar começar em botão confirmar seleção.

Aguardar ciclar



Remova, somente a capa (a tampa) da válvula expiratória. Deixe a capa no sensor válvula paciente.

Clicar em Botão Confirmar Seleção.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de **Teste** de Funcionamento do Respirador **UPA 24h**		
POP Nº: 016 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/016	**NOME:**Procedimento Operacional de Teste de Funcionamento do Respirador		
SETOR: Emergência e Postos de Observação Adulto e Pediátrico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

Alarme audível?

SIM (Clicar em botão Confirmar Seleção

Resultados do O.V.T

O.V.T passou com sucesso!

Clicar OK em Botão Confirmar Seleção e retornará para a Tela Inicial

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional de **Teste** de Funcionamento do Respirador **UPA 24h**		
POP Nº: 016 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/016	**NOME:**Procedimento Operacional de Teste de Funcionamento do Respirador		
SETOR: Emergência e Postos de Observação Adulto e Pediátrico			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

Registrar em Livro de Registro de Enfermeiro a realização do TESTE e confirmação do sucesso do funcionamento do TESTE.

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta **UPA 24h**		
POP Nº: 017 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/017	**NOME:**Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. OBJETIVO

Orientar quanto à realização de curativo em incisão aberta.

II. MATERIAIS NECESSÁRIO

Gaze estéril (pacote);

Micropore;

Agulha 40x12 mm;

Pacote Curativo;

1 par de luvas de procedimentos;

SF 0,9%;

Algodão;

Compressa estéril;

Tesoura;

Cuba-rim

Álcool 70%;

Biombo;

Caneta.

III. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos e friccionar com álcool à 70%;

Reunir o material na bandeja;

Explicar o procedimento ao paciente;

Calçar as luvas de procedimentos quando utilização de pinça e estéril quando não utilizar pinça;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta **UPA 24h**		
POP Nº: 017 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/017	**NOME:**Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

Expor a área a ser tratada;

Abrir pacote de curativo;

Pegar a pinça;

Abrir pacote de gaze sobre o campo;

Retirar o curativo e desprezar em saco leitoso infectante;

Observar presença, quantidade e características do exsudato;

Abrir SF à 0,9%, perfurando com agulha 40x12mm, mantendo a agulha fixada;

Proceder a limpeza da ferida através de jatos de SF 0,9%;

Limpar ao redor da ferida;

Lavar a ferida com jatos de SF 0,9%, utilizando a gaze somente se necessário, como em casos de presença de exsudato fibrinoso de difícil remoção;

Retirar o excesso de líquido do interior da ferida mobilizando o paciente lateralmente;

Embeber a gaze com SF 0,9% e cobrir todo o leito da ferida ou utilizar o produto prescrito para manter a umidade;

Ocluir a ferida com gaze estéril, pasta de algodão ou compressa estéril;

Fixar as gazes com micropore, cortados por tesoura;

Organizar o material na bandeja;

Cobrir o paciente, comunicando-lhe o término do procedimento;

Desprezar os materiais utilizados nos respectivos recipientes;

Encaminhar os materiais sujos para o expurgo;

Retirar as luvas

Higienizar as mãos e friccionar com álcool à 70%;

Registrar o procedimento realizado, as características da ferida e os materiais gastos em anotação de enfermagem.

IV. CONSIDERAÇÕES

Caso o curativo esteja aderido à pele, umedecer com SF 0,9%;

Na existência de outros curativos no mesmo paciente, deverá começar pelas feridas menos contaminadas para as mais contaminadas;

Evitar deixar o frasco de SF 0,9% aberto, sendo necessário, manter ocluído com agulha 40x12 fixada ao frasco (região de borracha) e mantê-lo identificado com data, hora e nome do funcionário que abriu;

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta **UPA 24h**		
POP Nº: 017 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/017	**NOME:**Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

LISTA DE CIÊNCIA DO POP/ENF/017- VERSÃO A

Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta

NOME	***CARGO***	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta **UPA 24h**		
POP Nº: 017 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/017	**NOME:**Procedimento Operacional para Curativo de Incisão Aberta		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Processo de Trabalho do Enfermeiro **UPA 24h**		
POP Nº: 018 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/018	**NOME:**Procedimento Operacional para Processo de Trabalho do Enfermeiro		
SETOR: Postos de Enfermagem			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

I. OBJETIVO

Orientar quanto ao processo e rotina de trabalho do Enfermeiro.

II. Processo de Trabalho

07:00h

Receber plantão com a descrição de todo o quadro do paciente;

Distribuir os técnicos de enfermagem de acordo com a necessidade;

07:20h – Será servido café da manhã para os pacientes.

07:30h

Organizar setor;

Designar 01 técnico de enfermagem do setor para reposição de medicamentos e materiais no setor;

Designar 01 téc. de enfermagem do setor para organizar prontuários no escaninho;

Designar 01 técnico de enfermagem do setor para realização de exames ECG;

08:00h

Organizar a distribuição por igual de banho dos pacientes em plantões diurno e noturno;

Téc. de Enfermagem realizará aferição de Sinais vitais e HGT em todos os pacientes;

09:00h

Realizar visita em todos os pacientes com finalidade de identificar necessidades e dificuldades dos mesmos.

10:30h às 11:00h – Horário de visita.

11:00h

Evolução e cadastro de pacientes na CRV;

*Todos os pacientes da observação deverão estar cadastrados no sistema CRV de acordo com solicitação médica. Assim cadastrado deverá registrar em Livro de Cadastro de paciente da CRV;

11:15h – Será servido refeição para os pacientes.

11:25h

Definir rodízio de horário de almoço dos técnicos de enfermagem;

* Sugere-se que o horário de descanso seja no intervalo entre as medicações.

14:00h

Dar continuidade nos serviços de saúde nesta Unidade de acordo com as orientações citadas neste documento.

18:30h

Conferir nas prescrições médicas se todas as administrações de medicamentos foram checadas pelos técnicos de enfermagem;

Conferir se todos os soros com ou sem medicações administradas nos pacientes estão corretamente identificados contendo: tipo de soro, nome e quantidade da medicação de acordo com a prescrição médica, nome do profissional, data e hora da administração da medicação;

19:00h – Será servido refeição para os pacientes.

Passar plantão com as informações e pendências de todo o quadro de cada paciente.

Observações

Necessidade de transferência de paciente, via regulação estadual ou municipal, deverá registrar em Livro do Enfermeiro horário da chamada e horário da remoção.

Atentar para a coleta de escarro quando assim existir e providenciar a coleta de acordo com orientação e posterior encaminhamento ao laboratório do CRA/Carapina, pelo motoboy.

Relatar no Livro de Relatório de Enfermeiro aparelhos que derem entrada no setor.

Realizar evolução e prescrição de enfermagem em sistema MV.

OBS: O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO SETOR POSTO DE ENFERMAGEM TAMBEM DARÁ ATENÇÃO AOS PACIENTES EM ISOLAMENTO.

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Processo de Trabalho do Enfermeiro **UPA 24h**		
POP Nº: 019 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/019	**NOME:**Procedimento Operacional para Processo de Trabalho do Enfermeiro		
SETOR: Emergência			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Enfermeiros			

OBJETIVO

Orientar quanto ao processo e rotina de trabalho do Enfermeiro.

Processo de Trabalho

Enfermeiro deverá:

07:00h

Receber plantão com a descrição de todo o quadro do paciente;

Distribuir os técnicos de enfermagem de acordo com a necessidade;

07:20h – Será servido café da manhã para os pacientes.

07:30h

Organizar setor;

Designar 01 técnico de enfermagem do setor para reposição de medicamentos e materiais no setor;

Designar 01 técnico de enfermagem do setor para organizar prontuários no escaninho;

Designar 01 técnico de enfermagem do setor para realização de exames ECG;

08:00h

Checar carrinho de parada e funcionamento dos aparelhos laringoscópio, respiradores, DEA, eletrocardiógrafos, bomba de infusão e demais aparelhos deste setor

Téc. de Enfermagem realizará aferição de Sinais vitais e HGT em todos os pacientes.

09:00h

Observar todos os pacientes da emergência e do setor de medicação com finalidade de identificar necessidades e dificuldades dos mesmos.

10:30 às 11:00h – Horário de visita.

11:00h

Evolução e cadastro de pacientes na CRV;

*Todos os pacientes da observação deverão estar cadastrados no sistema CRV de acordo com solicitação médica. Assim cadastrado, deverá registrar em Livro de Cadastro de paciente da CRV;

11:15h – Será servido refeição para os pacientes.

11:25h

Definir rodízio de horário de almoço dos técnicos de enfermagem da emergência e setor de medicação;

*Sugere-se que o horário de descanso seja no intervalo entre as medicações para que não haja desfalque no atendimento;

14:00h

Dar continuidade nos serviços de saúde nesta Unidade de acordo com as orientações citadas neste documento.

18:00h

Conferir se pacientes estão evoluídos na CRV.

18:30h

Conferir nas prescrições médicas se todas as administrações de medicamentos foram feitas e checadas pelos técnicos de enfermagem;

Conferir se todos os soros com ou sem medicação administradas nos pacientes estão corretamente identificados contendo: tipo de soro, nome e quantidade da medicação de acordo com a prescrição médica, nome do profissional, data, hora da administração da medicação e assinatura do responsável;

19:00h - Será servida refeição para os pacientes.

Passar plantão com as informações e pendências de todo o quadro de cada paciente.

Observações

Atentar para a coleta de escarro, quando assim existir e providenciar a coleta de acordo com orientação e posterior encaminhamento ao laboratório de Vila Velha;

Relatar no Livro de Relatório de Enfermeiro todos os equipamentos que derem entrada no setor.

SETOR SALA DE SUTURA:

Enfermeiro designar 01(um) Técnico de Enfermagem do setor de medicação responsável para organizar a sala de sutura e repor medicamentos e materiais necessários.

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro **UPA 24h**		
POP Nº: 020 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/020	**NOME:**Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro		
SETOR: -			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Equipe de Enfermagem			

I. INTRODUÇÃO

O presente manual tem o objetivo de preservar o adequado cumprimento das normas estabelecidas pela Enfermeira Responsável Técnico desta Unidade de Pronto Atendimento como ser um instrumento orientador aos profissionais de Enfermagem envolvidos com as ações e procedimentos pertinentes a cada categoria contribuindo para o aprimoramento da assistência de enfermagem prestada.Este manual está sujeito a alterações.

II. OBJETIVO

Orientar aos profissionais de enfermagem quanto a rotina de processo de trabalho.

III. PROCESSO DE TRABALHO

Da Finalidade

1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade: promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

Da Posição

2º - O Serviço de Enfermagem da UPA 24h está subordinado a Coordenação de Enfermagem, coordenado exclusivamente por Enfermeira Coordenadora e uma Enfermeira Supervisora.

Da Constituição

3º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem da UPA 24h em linha hierárquica, está definido:

Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem;

⇩

Coordenadora de Enfermagem

⇩

Enfermeiros Supervisores;

Enfermeiros Assistenciais;

Técnicos de Enfermagem;

Das Competências

4º O Serviço de Enfermagem tem as seguintes competências:

Planejamento, organização, supervisão e controle dos Serviços de Enfermagem da UPA 24h;

Atender com qualidade as necessidades dos clientes que estiverem sob seus cuidados;

Prestar assistência de Enfermagem aos clientes sob seus cuidados;

Do Pessoal e suas Atribuições

5º - O Enfermeiro Assistencial tem as seguintes atribuições:

Planejar os cuidados de Enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade;

Distribuir tarefas e funções adequadas a cada profissional da equipe de Enfermagem;

Passar plantão e posterior chave;

Realizar a distribuição de Téc. de Enfermagem para os setores de acordo com a necessidade;

Realizar no início e término do plantão o Check-List do carrinho de PCR e equipamentos;

Organizar rodízios de descanso e refeição dos Técnicos de Enfermagem;

Disponibilizar ao cliente/acompanhante a Declaração de Comparecimento, se necessário;

Fazer,via telefone, chamada de remoção de transferências de clientes;

Registrar frequência de enfermagem, ocorrências e transferências, com horário, no decorrer do plantão em Livro de Enfermeiro assinado e carimbado;

Cadastrar e evoluir, no período da manhã, clientes em sistema de regulação de leitos, quando solicitado pelo médico;

Organizar a distribuição de realização de banho nos clientes em serviços diurno e noturno.

6º - O Técnico de Enfermagem tem as seguintes atribuições:

Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação;

Prestar os cuidados de Enfermagem conforme prescrições médicas e de Enfermagem;

Realizar rodízios de descanso e refeição de acordo com a definição do Enfermeiro Assistencial responsável pelo setor. Descanso noturno de 2 horas;

Controle de validade de almotolias é de responsabilidade da Técnica de Enfermagem do setor de CME;

Registrar frequência, ocorrências e transferência, com horário, no Livro de Técnico de Enfermagem do setor carimbar e assinar;

Identificar soros com rótulo de soro assinar e carimbar;

Chamar cliente no sistema MV para administração de medicação;

Orientar e acompanhar funcionário em caso de acidente de trabalho com exposição a material biológico;

IV- DO HORÁRIO DE TRABALHO

7º - O Serviço de Enfermagem da UPA 24h manterá plantão durante 24 horas:

Horário diurno:07:00h às 19:00h

Horário noturno: 19:00h às 07:00h

Horário Diarista: 08:00h às 17:00h

V– DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

8º - Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-ES. Ressaltado a tolerância, esporádica, de 15 minutos;

9º - Anualmente os profissionais de enfermagem devem apresentar, ao setor de Recursos Humanos, comprovante de quitação da anuidade;

10º - Atestado deverá ser comunicado a Coordenação de Enfermagem e apresentado ao setor de Recursos Humanos no prazo de 48 horas a contar da data inicial do atestado;

11º - Permuta de plantão deverá ser preenchida por ambas as partes em comum acordo com antecedência de 24h horas e anexado a pasta de permuta (sala do enfermeiro) para posterior autorização pela Coordenação de Enfermagem. A troca deverá ocorre no prazo de 30 dias à data solicitada;

12º - Está estabelecido quantidades de permutas por categoria, sendo:

Enfermeiro: 3 permutas/mês

Técnico de Enfermagem: 3 permutas/mês

13º - O presente Manual de Processo de Trabalho do Serviço de Enfermagem, está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que “Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem”;

14º - Esta Rotina passa a vigorar a partir da data 08 de março de 2013.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro **UPA 24h**		
POP Nº: 020 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/020	**NOME:**Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro		
SETOR: -			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Equipe de Enfermagem			

Revisado por:*Neline Galante de Melo* ***Aprovado por:****Tanila Amorim Glaeser*

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro **UPA 24h**		
POP Nº: 020 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/020	**NOME:**Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro		
SETOR: -			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Equipe de Enfermagem			

LISTA DE CIÊNCIA DO MANUAL DE ROTINA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM		
NOME	***DATA***	***RUBRICA***

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro **UPA 24h**		
POP Nº: 020 **VERSÃO-A**	**Data da Emissão** 01/02/2013	**Data de Vigência** 31/12/2013	**Data da Próxima Revisão** 31/12/2013
POP/ENF/020	**NOME:**Procedimento Operacional para Rotina de Processo de Trabalho do Enfermeiro		
SETOR: -			
PROFISSIONAIS EXECUTANTES: Equipe de Enfermagem			

PROPOSTA FINANCEIRA

RECURSOS HUMANOS – HOSPITAL E PRONTO ATENDIMENTO

Profissionais	Quant.	Carga horária	Remuneração Bruta Individual	Remuneração Bruta Categoria	VT	Hora Extra	Adic. Noturno	Sobre Aviso	Insalubridade	INSS	FGTS	PIS	Rescisão	13º Salário	1/3 Férias	Custo/Mês
Almoxarife	1	40	R$ 1.124,67	R$ 1.124,67	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -		R$ 332,25	R$ 104,23	R$ 13,03	R$ 56,23	R$ 93,91	R$ 28,12	R$ 1.919,64
Assistente Social	1	30	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 834,12	R$ 261,68	R$ 32,71	R$ 125,00	R$ 208,75	R$ 62,50	R$ 4.399,56
Auxiliar Administrativo	12	40	R$ 1.278,89	R$ 15.346,68	R$ 2.006,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 4.497,60	R$ 5.680,57	R$ 1.782,14	R$ 222,77	R$ 767,33	R$ 1.281,45	R$ 383,67	R$ 31.968,60
Auxiliar de Atendimento ao Usuário	1	40	R$ 1.124,67	R$ 1.124,67	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 427,82	R$ 134,22	R$ 16,78	R$ 56,23	R$ 93,91	R$ 28,12	R$ 2.423,75
Auxiliar de Cozinha (Copeira)	5	12x36	R$ 1.199,64	R$ 5.998,20	R$ 836,00	R$ 1.139,66	R$ 699,79	R$ -	R$ 1.874,00	R$ 2.718,90	R$ 852,99	R$ 106,62	R$ 299,91	R$ 500,85	R$ 149,96	R$ 15.176,88
Técnico de Enfermagem	80	12x36	R$ 1.865,90	R$ 149.272,00	R$ 13.376,00	R$ 1.772,61	R$ 17.415,07	R$ -	R$ 29.984,00	R$ 56.636,34	R$ 17.768,26	R$ 2.221,03	R$ 7.463,60	R$ 12.464,21	R$ 3.731,80	R$ 312.104,92
Auxiliar de Farmácia	5	12x36	R$ 1.230,79	R$ 6.153,97	R$ 836,00	R$ 1.169,25	R$ 717,96	R$ -	R$ 1.874,00	R$ 2.777,10	R$ 871,25	R$ 108,91	R$ 307,70	R$ 513,86	R$ 153,85	R$ 15.483,84
Auxiliar de Faturamento	3	40	R$ 1.230,79	R$ 3.692,37	R$ 501,60	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 1.124,40	R$ 1.377,51	R$ 432,16	R$ 54,02	R$ 184,62	R$ 308,31	R$ 92,31	R$ 7.767,30
Auxiliar de Limpeza	30	12x36	R$ 1.199,64	R$ 35.989,20	R$ 5.016,00	R$ 1.139,66	R$ 4.198,74	R$ -	R$ 11.244,00	R$ 14.860,35	R$ 4.662,07	R$ 582,76	R$ 1.799,46	R$ 3.005,10	R$ 899,73	R$ 83.397,07
Auxiliar de Manutenção	5	40	R$ 1.230,79	R$ 6.153,95	R$ 836,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 1.874,00	R$ 2.295,85	R$ 720,27	R$ 90,03	R$ 307,70	R$ 513,85	R$ 153,85	R$ 12.945,51
Auxiliar de Rouparia/Lavandeiria	3	12x36	R$ 1.199,64	R$ 3.598,92	R$ 501,60	R$ 1.139,66	R$ 419,87	R$ -	R$ 1.124,40	R$ 1.747,59	R$ 548,26	R$ 68,53	R$ 179,95	R$ 300,51	R$ 89,97	R$ 9.719,26
Auxiliar de Saúde Bucal	2	12x36	R$ 1.345,60	R$ 2.691,20	R$ 334,40	R$ 1.278,32	R$ 313,97	R$ -	R$ 749,60	R$ 1.392,21	R$ 436,77	R$ 54,60	R$ 134,56	R$ 224,72	R$ 67,28	R$ 7.677,63
Auxiliar de Serviços Gerais	2	40	R$ 1.199,64	R$ 2.399,28	R$ 334,40	R$ -	R$ -	R$ -		R$ 708,79	R$ 222,37	R$ 27,80	R$ 119,96	R$ 200,34	R$ 59,98	R$ 4.072,92
Auxiliar Financeiro	1	40	R$ 1.278,89	R$ 1.278,89	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 473,38	R$ 148,51	R$ 18,56	R$ 63,94	R$ 106,79	R$ 31,97	R$ 2.664,05
Biomédico	1	30	R$ 2.440,00	R$ 2.440,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 816,39	R$ 256,12	R$ 32,02	R$ 122,00	R$ 203,74	R$ 61,00	R$ 4.306,07
Contador	1	40	R$ 2.612,22	R$ 2.612,22	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 867,27	R$ 272,08	R$ 34,01	R$ 130,61	R$ 218,12	R$ 65,31	R$ 4.574,42
Controlador de Acesso	14	12x36	R$ 1.199,64	R$ 16.794,96	R$ 2.340,80	R$ 1.139,66	R$ 1.959,41	R$ -	R$ 5.247,20	R$ 7.089,82	R$ 2.224,26	R$ 278,03	R$ 839,75	R$ 1.402,38	R$ 419,87	R$ 39.736,15
Coordenador de Apoio Técnico	1	40	R$ 3.050,00	R$ 3.050,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 996,60	R$ 312,66	R$ 39,08	R$ 152,50	R$ 254,68	R$ 76,25	R$ 5.256,56
Coordenador de Farmácia e Insumos	1	40	R$ 3.600,00	R$ 3.600,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 1.159,08	R$ 363,63	R$ 45,45	R$ 180,00	R$ 300,60	R$ 90,00	R$ 6.113,56
Coordenador de Frota	1	40	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 750,00	R$ 374,80	R$ 1.025,37	R$ 321,68	R$ 40,21	R$ 125,00	R$ 208,75	R$ 62,50	R$ 5.408,31
Coordenador de Qualidade, Atendimento e Humanização	1	40	R$ 2.800,00	R$ 2.800,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 922,74	R$ 289,49	R$ 36,19	R$ 140,00	R$ 233,80	R$ 70,00	R$ 4.867,02
Coordenador de Recursos Humanos	1	40	R$ 2.400,00	R$ 2.400,00	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 804,58	R$ 252,42	R$ 31,55	R$ 120,00	R$ 200,40	R$ 60,00	R$ 4.410,94
Coordenador de Serviços de Saúde	1	20	R$ 7.200,00	R$ 7.200,00	R$ -	R$ 6.840,00	R$ 840,00	R$ 2.160,00	R$ 374,80	R$ 4.731,78	R$ 1.484,48	R$ 185,56	R$ 360,00	R$ 601,20	R$ 180,00	R$ 24.957,82
Coordenador de Tecnologia de Informação	1	40	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 863,66	R$ 270,95	R$ 33,87	R$ 130,00	R$ 217,10	R$ 65,00	R$ 4.722,58
Cozinheiro	3	12x36	R$ 1.550,00	R$ 4.650,00	R$ -	R$ 1.472,50	R$ 542,50	R$ -	R$ 1.124,40	R$ 2.174,24	R$ 682,11	R$ 85,26	R$ 232,50	R$ 388,28	R$ 116,25	R$ 11.468,04
Diretor Administrativo	1	40	R$ 7.500,00	R$ 7.500,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 2.250,00	R$ -	R$ 2.789,38	R$ 875,10	R$ 109,39	R$ 375,00	R$ 626,25	R$ 187,50	R$ 14.712,62
Diretor Médico	1	30	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 2.700,00	R$ 374,80	R$ 3.442,83	R$ 1.080,10	R$ 135,01	R$ 450,00	R$ 751,50	R$ 225,00	R$ 18.159,25
Encarregado de Higienização e Limpeza	1	40	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ 450,00	R$ 374,80	R$ 653,45	R$ 205,00	R$ 25,63	R$ 75,00	R$ 125,25	R$ 37,50	R$ 3.613,83
Encarregado de Manutenção Predial	1	40	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ 450,00	R$ 374,80	R$ 653,45	R$ 205,00	R$ 25,63	R$ 75,00	R$ 125,25	R$ 37,50	R$ 3.613,83

Profissionais	Quant.	Carga horária	Remuneração Bruta Individual	Remuneração Bruta Categoria	VT	Hora Extra	Adic. Noturno	Sobre Aviso	Insalubridade	INSS	FGTS	PIS	Rescisão	13º Salário	1/3 Férias	Custo/Mês
Enfermeiro	16	12x36	R$ 2.562,03	R$ 40.992,48	R$ -	R$ 827,54	R$ 4.782,46	R$ -	R$ 5.996,80	R$ 15.069,63	R$ 4.727,73	R$ 590,97	R$ 2.049,62	R$ 3.422,87	R$ 1.024,81	R$ 79.484,90
Enfermeiro Educação Permanente	1	40	R$ 3.600,00	R$ 3.600,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 1.159,08	R$ 363,63	R$ 45,45	R$ 180,00	R$ 300,60	R$ 90,00	R$ 6.113,56
Enfermeiro Obstetra*	5	12x36	R$ 2.562,03	R$ 12.810,15	R$ -	R$ 2.433,93	R$ 1.494,52	R$ -	R$ 1.874,00	R$ 5.263,97	R$ 1.651,44	R$ 206,43	R$ 640,51	R$ 1.069,65	R$ 320,25	R$ 27.764,84
Enfermeiro SCIH	1	30	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 981,83	R$ 308,02	R$ 38,50	R$ 150,00	R$ 250,50	R$ 75,00	R$ 5.178,65
Farmacêutico	3	12x36	R$ 2.500,00	R$ 7.500,00	R$ -	R$ 2.375,00	R$ 875,00	R$ -	R$ 1.124,40	R$ 3.331,10	R$ 1.045,05	R$ 130,63	R$ 375,00	R$ 626,25	R$ 187,50	R$ 17.569,94
Faturista	1	40	R$ 1.278,89	R$ 1.278,89	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 473,38	R$ 148,51	R$ 18,56	R$ 63,94	R$ 106,79	R$ 31,97	R$ 2.664,05
Gerente de Enfermagem	1	40	R$ 5.600,00	R$ 5.600,00	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 1.749,91	R$ 548,99	R$ 68,62	R$ 280,00	R$ 467,60	R$ 140,00	R$ 9.397,13
Gestor de Operações em Saúde	1	20	R$ 7.200,00	R$ 7.200,00	R$ 167,20	R$ 6.840,00	R$ 840,00	R$ 2.160,00	R$ 374,80	R$ 4.731,78	R$ 1.484,48	R$ 185,56	R$ 360,00	R$ 601,20	R$ 180,00	R$ 25.125,02
Motorista	9	12x36	R$ 1.380,00	R$ 12.420,00	R$ 1.504,80	R$ 1.756,74	R$ 1.449,00	R$ -	R$ 3.373,20	R$ 5.346,72	R$ 1.677,40	R$ 209,68	R$ 621,00	R$ 1.037,07	R$ 310,50	R$ 29.706,10
Nutricionista	1	30	R$ 2.800,00	R$ 2.800,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 922,74	R$ 289,49	R$ 36,19	R$ 140,00	R$ 233,80	R$ 70,00	R$ 4.867,02
Recepcionista	14	12x36	R$ 1.199,64	R$ 16.794,96	R$ 2.340,80	R$ 1.139,66	R$ 1.959,41	R$ -	R$ 5.247,20	R$ 7.089,82	R$ 2.224,26	R$ 278,03	R$ 839,75	R$ 1.402,38	R$ 419,87	R$ 39.736,15
Supervisor de Enfermagem	2	40	R$ 4.200,00	R$ 8.400,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 749,60	R$ 2.672,66	R$ 838,48	R$ 104,81	R$ 420,00	R$ 701,40	R$ 210,00	R$ 14.096,95
Técnico de contabilidade	1	40	R$ 1.450,00	R$ 1.450,00	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 523,93	R$ 164,37	R$ 20,55	R$ 72,50	R$ 121,08	R$ 36,25	R$ 2.930,67
Técnico de Informática	1	40	R$ 1.278,89	R$ 1.278,89	R$ 167,20	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 473,38	R$ 148,51	R$ 18,56	R$ 63,94	R$ 106,79	R$ 31,97	R$ 2.664,05
Técnico de Laboratório (Ag. Transf.)	3	12x36	R$ 1.604,46	R$ 4.813,38	R$ 501,60	R$ 1.524,24	R$ 561,56	R$ -	R$ 1.124,40	R$ 2.240,56	R$ 702,92	R$ 87,86	R$ 240,67	R$ 401,92	R$ 120,33	R$ 12.319,44
Tecnico de Segurança do Trabalho	1	40	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 374,80	R$ 834,12	R$ 261,68	R$ 32,71	R$ 125,00	R$ 208,75	R$ 62,50	R$ 4.399,56
Telefonista	2	36	R$ 1.199,64	R$ 2.399,28	R$ 334,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 749,60	R$ 899,94	R$ 282,33	R$ 35,29	R$ 119,96	R$ 200,34	R$ 59,98	R$ 5.081,13
TOTAL	244			R$ 442.309,21	R$ 33.607,20	R$ 33.988,41	R$ 39.069,27	R$ 10.920,00	R$ 89.952,00	R$ 175.017,95	R$ 54.907,59	R$ 6.863,45	R$ 22.115,46	R$ 36.932,82	R$ 11.057,73	**R$ 956.741,08**

RECURSOS HUMANOS – SAMU

Profissionais	Quant.	Carga horária	Remuneração Bruta Individual	Remuneração Bruta Categoria	VT	Hora Extra	Adic. Noturno	Sobre Aviso	Insalubridade	INSS	FGTS	PIS	Rescisão	13º Salário	1/3 Férias	Custo/Mês
Tecnico de Enfermagem -192	14	36	R$ 1.865,90	R$ 26.122,60	R$ 1.170,40	R$ 1.772,61	R$ 3.047,64	R$ -	R$ 5.247,20	R$ 10.284,27	R$ 3.226,44	R$ 403,30	R$ 1.306,13	R$ 2.181,24	R$ 653,07	R$ 55.414,89
Coordenador Téc. Enfermagem	1	40	R$ 4.200,00	R$ 4.200,00	R$ -	R$ -		R$ 800,00	R$ 374,80	R$ 1.540,33	R$ 483,24	R$ 60,41	R$ 210,00	R$ 350,70	R$ 105,00	R$ 8.124,47
Enfermeiro - 192	2	36	R$ 2.562,03	R$ 5.124,06	R$ -	R$ 827,54	R$ 597,81	R$ -	R$ 749,60	R$ 2.068,35	R$ 648,89	R$ 81,11	R$ 256,20	R$ 427,86	R$ 128,10	R$ 10.909,52
Motorista/Socorrista - 192	14	12x36	R$ 1.600,00	R$ 22.400,00	R$ 1.170,40	R$ 2.036,80	R$ 2.613,33	R$ -	R$ 5.247,20	R$ 9.141,17	R$ 2.867,82	R$ 358,48	R$ 1.120,00	R$ 1.870,40	R$ 560,00	R$ 49.385,60
Rádio Operador	5	12x36	R$ 1.300,00	R$ 6.500,00	R$ 418,00	R$ -	R$ 758,33	R$ -	R$ -	R$ 2.113,59	R$ 663,09	R$ 82,89	R$ 325,00	R$ 542,75	R$ 162,50	R$ 11.566,14
TOTAL	36			R$ 64.346,66	R$ 2.758,80	R$ 4.636,94	R$ 7.017,11	R$ 800,00	R$ 11.618,80	R$ 25.147,71	R$ 7.889,48	R$ 986,18	R$ 3.217,33	R$ 5.372,95	R$ 1.608,67	**R$ 135.400,62**

CUSTEIO MENSAL – 1º ANO

DESCRIÇÃO	MÊS 1/out 2018	MÊS 2/nov 2018	MÊS 3/dez 2018	MÊS 4/jan 2019	MÊS 5/ fev 2019	MÊS 6/ mar 2019	MÊS 7/abr 2019	MÊS 8/ mai 2019	MÊS 9/ jun 2019	MÊS 10/jul 2019	MÊS 11/ago 2019	MÊS 12/set 2019	TOTAL
01. Pessoal e Reflexo	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 1.110.641,71	R$ 13.327.700,50
01.01 - Remuneração de Pessoal	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 506.655,87	R$ 6.079.870,44
01.02 - Benefícios	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 234.368,53	R$ 2.812.422,31
01.03 - Encargo e Contribuições	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 270.812,36	R$ 3.249.748,28
01.04 - Despesas e Provisionamento	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 80.304,96	R$ 963.659,47
01.05 - Dissídios	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
01.06 - Programa de Incentivo e Aumento da Produtividade	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 180.000,00
01.07 - Medicina Ocupacional	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
02. Materiais de Consumo	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 171.200,00	R$ 2.054.400,00
02.01 - Medicamentos	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 780.000,00
02.02 - Material Médico e Hospitalar	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 780.000,00
02.03 - Material de Limpeza e Desinfecção	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 144.000,00
02.04 - Gêneros Alimentícios	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 4.800,00	R$ 57.600,00
02.05 - Material de Escritório	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00	R$ 54.000,00
02.06 - Descartáveis	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 2.600,00	R$ 31.200,00
02.07 - Suprimento de Informática	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
02.08 - Combustível	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 6.000,00	R$ 72.000,00
02.09 - Segurança do Trabalho e Combate a Incêndios	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 2.100,00	R$ 25.200,00
02.10 - Material de Construção e Manutenção Patrimonial, elevadores e geradores.	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
02.11 - EPI e Fardamento	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
03. Serviços Terceirizados	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.732,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 1.369.632,01	R$ 16.435.684,12
03.01 - Plantões Médicos - PJ	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.932,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 912.832,01	R$ 10.954.084,12
03.02 - Sistema de Gerenciamento e Prontuário Eletrônico	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 420.000,00
03.03 - Apoio Operacional, guarda de documentos	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
03.04 - Aplicativo, Totem e Pesquisa de Satisfação	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 180.000,00
03.05 - Sistema de Monitoramento Predial	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
03.06 - Educação Permanente, Treinamentos, Cursos, Congressos e Desenvolvimento Profissional	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 21.600,00
03.07 - Controle de Pragas	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 1.600,00	R$ 19.200,00
03.08 - Concerssionárias (telefonia, internet)	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 6.100,00	R$ 73.200,00
03.09 - Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitaleres e Engenharia Clínica	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 192.000,00
03.10 - Locação de Equipamentos Administrativos	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 16.000,00	R$ 192.000,00
03.11 - Locação de Equipamentos Médico-Hospitalar	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00
03.12 - Locação Veicular (Apoio Operacional, Logístico e Ambulâncias) 01 carro passeio, 01 Doblo, 03 Amb.)	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 23.900,00	R$ 286.800,00
03.13 - Manutenção Preventiva e Corretiva de Condicionadores de ar	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 3.700,00	R$ 44.400,00
03.15 - Lavandeiria e Reposição de Enxoval	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 14.000,00	R$ 168.000,00
03.16 - Gases Medicinais	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	R$ 144.000,00
03.17 - Serviço de Nutrição e Dietética	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 22.000,00	R$ 264.000,00
03.18 - Exames Laboratoriais e de Anatomia Patológica	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 135.000,00	R$ 1.620.000,00
03.19 - Serviços de Radiologia	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00	R$ 336.000,00
03.20 - Serviço de Tomografia e Ressonância Magnética	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 27.000,00	R$ 324.000,00
03.21 - Serviço de Ultrassonografia	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 420.000,00
03.22- Serviço de Endoscopia, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 18.000,00	R$ 216.000,00
03.23 - Serviço de Mamografia	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
03.24 - Seguro de Frota e Embarcados	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 26.400,00
03.25 - Manutenção Veicular	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
04. Outras Despesas	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
04.01 - Coleta de Lixo Hospitalar e Descarte de Detritos Radiológicos	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
04.02 - Radiocomunicação SAMU	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 1.800,00	R$ 21.600,00
SUBTOTAL	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.573,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 2.654.473,72	R$ 31.853.784,62
05. INVESTIMENTO (Aquisição de materiais e equipamentos permanentes e incremento administrativo/operacional), referência 1,5% sob o SUBTOTAL do contrato	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.818,61	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 39.817,11	R$ 477.805,27
04.03 - Encargos (ISS e IRPJ)	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 94.300,18	R$ 1.131.602,15
TOTAL	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.692,50	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 2.788.591,00	R$ 32.985.386,76

CUSTEIO MENSAL – 2º ANO

DESCRIÇÃO	MÊS 13/out 2019	MÊS 14/nov 2019	MÊS 15/dez 2019	MÊS 16/jan 2020	MÊS 17/ fev 2020	MÊS 18/ mar 2020	MÊS 19/abr 2020	MÊS 20/ mai 2020	MÊS 21/ jun 2020	MÊS 22/jul 2020	MÊS 23/ago 2020	MÊS 24/set 2020	TOTAL
01. Pessoal e Reflexo	R$ 1.139.734,04	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 1.132.352,88	R$ 13.595.615,67
01.01 - Remuneração de Pessoal	R$ 506.655,87	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 516.435,14	R$ 6.187.442,41
01.02 - Benefícios	R$ 234.368,53	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 237.674,72	R$ 2.848.790,40
01.03 - Encargo e Contribuições	R$ 270.812,36	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 272.847,42	R$ 3.272.133,98
01.04 - Despesas e Provisionamento	R$ 80.304,96	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 80.895,60	R$ 970.156,56
01.05 - Dissídios	R$ 23.092,33	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 23.092,33
01.06 - Programa de Incentivo e Aumento da Produtividade	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 252.000,00
01.07 - Medicina Ocupacional	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
02. Materiais de Consumo	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 173.425,60	R$ 2.081.107,20
02.01 - Medicamentos	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 790.140,00
02.02 - Material Médico e Hospitalar	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 65.845,00	R$ 790.140,00
02.03 - Material de Limpeza e Desinfecção	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 145.872,00
02.04 - Gêneros Alimentícios	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 4.862,40	R$ 58.348,80
02.05 - Material de Escritório	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 4.558,50	R$ 54.702,00
02.06 - Descartáveis	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 2.633,80	R$ 31.605,60
02.07 - Suprimento de Informática	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 14.587,20
02.08 - Combustível	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 6.078,00	R$ 72.936,00
02.09 - Segurança do Trabalho e Combate a Incêndios	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 2.127,30	R$ 25.527,60
02.10 - Material de Construção e Manutenção Patrimonial, elevadores e geradores.	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 5.065,00	R$ 60.780,00
02.11 - EPI e Fardamento	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 36.468,00
03. Serviços Terceirizados	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 1.396.022,10	R$ 16.752.265,20
03.01 - Plantões Médicos	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 933.283,70	R$ 11.199.404,40
03.02 - Sistema de Gerenciamento e Prontuário Eletrônico	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 425.460,00
03.03 - Apoio Operacional, guarda de documentos	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 42.546,00
03.04 - Aplicativo, Totem e Pesquisa de Satisfação	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 15.195,00	R$ 182.340,00
03.05 - Sistema de Monitoramento Predial	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 2.532,50	R$ 30.390,00
03.06 - Educação Permanente, Treinamentos, Cursos, Congressos e Desenvolvimento Profissional	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 21.880,80
03.07 - Controle de Pragas	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 1.620,80	R$ 19.449,60
03.08 - Concerssionárias (telefonia, internet)	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 6.179,30	R$ 74.151,60
03.09 - Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitaleres e Engenharia Clínica	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 194.496,00
03.10 - Locação de Equipamentos Administrativos	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 16.208,00	R$ 194.496,00
03.11 - Locação de Equipamentos Médico-Hospitalar	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 25.325,00	R$ 303.900,00
03.12 - Locação Veicular (Apoio Operacional, Logístico e Ambulâncias)	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 24.210,70	R$ 290.528,40
03.13 - Manutenção Preventiva e Corretiva de Condicionadores de ar	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 3.748,10	R$ 44.977,20
03.14 - Lavandeiria e Reposição de enxoval	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 14.182,00	R$ 170.184,00
03.16 - Gases Medicinais	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 12.156,00	R$ 145.872,00
03.17 - Serviço de Nutrição e Dietética	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 22.286,00	R$ 267.432,00
03.18 - Exames Laboratoriais e de Anatomia Patológica	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 136.755,00	R$ 1.641.060,00
03.19 - Serviços de Radiologia	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 28.364,00	R$ 340.368,00
03.20 - Serviço de Tomografia e Ressonância Magnética	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 27.351,00	R$ 328.212,00
03.21 - Serviço de Ultrassonografia	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 35.455,00	R$ 425.460,00
03.22- Serviço de Endoscopia, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 18.234,00	R$ 218.808,00
03.23 - Serviço de Mamografia	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 10.130,00	R$ 121.560,00
03.24 - Seguro de Frota e Embarcados	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 2.228,60	R$ 26.743,20
03.25 - Manutenção Veicular	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 3.545,50	R$ 42.546,00
04. Outras Despesas	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 3.039,00	R$ 36.468,00
04.01 - Coleta de Lixo Hospitalar e Descarte de Detritos Radiológicos	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 1.215,60	R$ 14.587,20
04.02 - Radiocomunicação SAMU	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 1.823,40	R$ 21.880,80
SUBTOTAL	R$ 2.712.220,74	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 2.704.839,58	R$ 32.465.456,07
05. INVESTIMENTO (Aquisição de materiais permanentes e incremento administrativo/operacional), referência 1,5% sob o SUBTOTAL do contrato	R$ 40.683,31	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 40.572,59	R$ 486.981,84
04.03 - Encargos (ISS e IRPJ)	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 96.351,64	R$ 1.156.219,70
TOTAL	R$ 2.849.255,69	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 2.841.763,81	R$ 34.108.657,62

CUSTEIO FINAL

VALOR GLOBAL PROPOSTA PRIMEIROS 12 MESES	R$ 32.985.386,76
VALOR GLOBAL PROPOSTA 24 MESES*	R$ 67.094.044,38

* Ao segundo ano de vigência contratual, foi acrescido dissídio sobre folha de pagamento, e aplicado correção baseada no INPC nas demais rubricas do contrato.