



SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

JULHO/2026

**PROPOSTA DE TRABALHO
TÉCNICA E ECONÔMICA**

LOTE 1

**GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO
E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS
DE SAÚDE JUNTO ÀS UNIDADES
DESTINADAS À ATENÇÃO BÁSICA/
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Nº 001/SMS/2026

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 8209/2026

PROPONENTE:

SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Sumário

1	IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO	9
1.1	LOTE DE PARTICIPAÇÃO.....	9
1.2	OBJETO DA CONTRATAÇÃO	9
1.3	VIGÊNCIA CONTRATUAL	9
2	IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:	10
2.1	NOSSA ESTRUTURA	10
2.2	EQUIPE TÉCNICA	10
2.3	DIRETRIZES INSTITUCIONAIS.....	11
2.4	ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA ENTIDADE IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	12
2.5	QUALIFICAÇÃO DOS DIRIGENTES DA IRMANDADE DA SCSBC.....	13
2.6	RESPONSABILIDADE SOCIAL	13
2.7	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.....	13
2.7.1	ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA.....	13
2.7.2	EXPERIÊNCIA.....	13
2.7.3	ONDE ESTAMOS:	20
2.7.4	CEBAS - CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	24
3	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	25
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FERRAZ DE VASCONCELOS.....	25
3.2	SÍMBOLOS MUNICIPAIS	27
3.3	PERFIL DEMOGRÁFICO.....	30
3.4	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	32
3.5	COMPOSIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	33
4	PROGRAMAS A SEREM EXECUTADOS E ESTRUTURA	36

4.1	LOTE 1 - ATENÇÃO BÁSICA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	36
4.1.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	36
4.1.2	HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	37
4.1.3	BASE NORMATIVA DA ATENÇÃO BÁSICA	38
4.1.4	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	39
4.1.5	EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	40
4.1.6	ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	42
4.1.7	PRINCÍPIOS ORGANIZADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	44
4.1.8	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA ATENÇÃO BÁSICA	45
4.1.9	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	46
4.1.10	LINHAS PRIORITÁRIAS DE CUIDADO	47
4.1.11	PROMOÇÃO DA SAÚDE	51
4.1.12	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	52
4.1.13	IMUNIZAÇÃO	52
4.1.14	CAMPANHAS DE SAÚDE	53
4.1.15	PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	54
4.2	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	55
4.3	TIPOS DE EQUIPES ASSISTENCIAIS.....	56
5	<u>TÍTULO</u>	<u>58</u>
6	<u>E1. INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES A SEREM EXECUTADAS DE ACORDO COM O OBJETO</u>	<u>59</u>
6.1	A. DESCRIÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS, DE ACORDO COM OBJETO DO LOTE A SER DISPUTADO, DE TAL FORMA QUE ALCANCE A CONSECUÇÃO DA FINALIDADE PRETENDIDA PELA CONTRATANTE, DEMONSTRANDO A METODOLOGIA DE ATUAÇÃO.....	60
6.1.1	A.1. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS	67
6.1.1.1	Fluxos de Registros e Documentos dos Usuários.....	70
6.1.1.2	Fluxos de Registros e Documentos Administrativos	84
6.1.2	A.2. FLUXO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	89
6.1.3	A.3. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS	113
6.1.3.1	Fluxo de Logística de Suprimentos.....	133

6.1.4	A.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO	143
6.1.5	A.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	152
6.1.6	A.6. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO	158
6.1.7	A.7. APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO	164
6.1.8	A.8. APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO.....	198
6.1.9	A.9. APRESENTAR ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DE APOIO DO RESPECTIVO LOTE	248
6.1.9.1	Estrutura Organizacional.....	254
6.1.9.2	Composição das Equipes.....	257
6.1.9.3	Atribuições dos Profissionais	264
6.1.9.4	Fluxos de Atendimento	279
6.1.9.5	Protocolos Assistenciais	313
6.1.9.6	Processos de Trabalho	314
6.1.9.7	Integração com a Rede Municipal de Saúde.....	316
6.1.9.8	Serviços de Apoio Operacional e Administrativo.....	318
I.	Limpeza, processamento (esterilização) de artigos e instrumentais médicos hospitalares.....	318
II.	Aquisição de Medicamentos.....	331
III.	Aquisição de Materiais Médico Hospitalares e Odontológicos	335
IV.	Aquisição de Material de Enfermagem, Saúde Bucal e de Consumo em Geral.....	339
V.	Manutenção de Extintores.....	343
VI.	Manutenção de Sistemas de Ar-Condicionado.....	346
VII.	Fornecimento de Gases Medicinais.....	346
VIII.	Serviço de Limpeza Predial em Área Externa, Passeio Público e Árvores	347
IX.	Limpeza de Calhas, Caixa d'água e Controle de Pragas.....	349
X.	Manutenção Predial, Mobiliário e de Equipamentos	352
XI.	Concessionárias	354
XII.	Telefonia e Internet	356
XIII.	Transporte de Documentos.....	359
XIV.	Fornecimento de Veículo com Abastecimento	362
XV.	Segurança do Trabalho.....	365
XVI.	Sistema Informatizado	369

a. Prontuário Eletrônico	373
b. LGPD	377
XVII. Programação Visual da Unidade.....	382
XVIII. Locação de Imóvel para a Subsele Administrativa	384
XIX. Locação de Veículos Administrativos.....	384
XX. Locação de Equipamentos de Informática.....	384
XXI. Locação de Equipamentos Médicos, Odontológicos e Mobiliários	385
XXII. Seguros Patrimoniais e de Responsabilidade Civil.....	385
6.1.10 A.10. INDICADORES DE MONITORAMENTO.....	386
6.1.10.1 Metodologia para Monitoramento de Indicadores	387
6.1.10.2 Indicadores Propostos	402
I. Indicadores de Eficiência.....	404
II. Indicadores de Qualidade	407
III. Indicadores de Produtividade	409
IV. Indicadores de Resultados Clínicos e Sociais	411
V. Indicadores Econômico- de financeiros	413
VI. Indicadores de Expansão	415
VII. Indicadores de Governança e Gestão	416
6.1.10.3 Metas e Indicadores Contratuais	418
<u>7 E2- DESCRIÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS.....</u>	<u>427</u>
7.1 A. APRESENTAR DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS COMPATÍVEIS COM O QUADRO MÍNIMO	
APRESENTADO EM EDITAL, PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO, APRESENTANDO, REGIME DE CONTRATAÇÃO,	
JORNADA, CARGOS E ESTIMATIVA DE DESPESAS	427
7.2 B. MODELO DE ESCALA DE TRABALHO	436
7.3 C. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	439
7.4 D. PROPOSTA DE PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, TREINAMENTOS E DESENVOLVIMENTO	
PROFISSIONAL PERMANENTE.	499
REGISTRO E COMPROVAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS.....	535
<u>8 E3- IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS</u>	<u>539</u>

8.1	A. PROPOSTA DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS	539
8.2	B. PROPOSTA DE FLUXOS ASSISTENCIAIS	625
8.3	C. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA.....	631
8.4	D. PROPOSTA DE FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COM OS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL E REGIONAL	645
8.5	E. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM APLICAÇÃO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO	647
8.6	F. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA	666
8.7	G. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	685
9	<u>E4. IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES TÉCNICAS.....</u>	714
9.1	NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	714
9.1.1	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE).....	715
9.1.2	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	716
9.1.3	PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES	718
9.2	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO.....	720
9.2.1	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE).....	721
9.2.2	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	723
9.2.3	PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES	728
9.3	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	729
9.3.1	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE).....	730
9.3.2	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	736
9.3.3	PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES	739
9.4	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	741
9.4.1	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE).....	741
9.4.2	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	753
9.4.3	PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES	757
9.5	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	759
9.5.1	PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS E FINALIDADE).....	759
9.5.2	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO	760
9.5.3	PROPOSTA DE CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES	771
9.6	OUTRAS COMISSÕES:.....	773

9.6.1	COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS	773
9.6.1.1	Proposta de Constituição (Membros e Finalidade).....	774
9.6.1.2	Proposta de Regimento Interno.....	778
9.6.1.3	Proposta de Cronograma Anual de Atividades	786
9.6.2	COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	786
9.6.2.1	Proposta de Constituição (Membros e Finalidade).....	787
9.6.2.2	Proposta de Regimento Interno.....	792
9.6.2.3	Proposta de Cronograma Anual de Atividades	798
9.6.3	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	799
9.6.3.1	Proposta de Constituição (Membros e Finalidade).....	801
9.6.3.2	Proposta de Regimento Interno.....	801
9.6.3.3	Proposta de Cronograma Anual de Atividades	809
9.6.4	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	810
9.6.4.1	Proposta de Constituição (Membros e Finalidade).....	811
9.6.4.2	Proposta de Regimento Interno.....	818
9.6.4.3	Proposta de Cronograma Anual de Atividades	827
9.6.5	COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE	831
9.6.5.1	Proposta de Constituição (Membros e Finalidade).....	831
9.6.5.2	Proposta de Regimento Interno.....	832
9.6.5.3	Proposta de Cronograma Anual de Atividades	833
9.6.6	COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (CMTN)	835
9.6.6.1	Proposta de Constituição (Membros e Finalidade).....	835
9.6.6.2	Proposta de Regimento Interno.....	836
9.6.6.3	Proposta de Cronograma Anual de Atividades	837

10 E5. COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTÃO EM SAÚDE 839

10.1 A. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA REFERENTE A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA PÚBLICA OU PRIVADA, POR PELO MENOS 24 (VINTE E QUATRO) MESES. 839

10.2 B. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA REFERENTE A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EMITIDO POR PESSOA JURÍDICA PÚBLICA OU PRIVADA, POR PELO MENOS 24 (VINTE E QUATRO) MESES. 839

11	E6 – PROPOSTA DE PLANO ORÇAMENTÁRIO E DE CUSTEIO	839
12	ANEXOS.....	839

Am

1 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

1.1 Lote de Participação

LOTE I - GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE JUNTO ÀS UNIDADES DESTINADAS À ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, CONFORME PREVISTO NO TERMO DE REFERÊNCIA.

1.2 Objeto da Contratação

Contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de saúde, no âmbito do Município de Ferraz de Vasconcelos, para prestação de serviços de saúde através de contrato de gestão, conforme termo de referência, **OBJETIVANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE JUNTO ÀS UNIDADES DESTINADAS À ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** em conformidade com a Constituição Federal/1988 e suas atualizações, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 9.637/98, Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Municipal n.º 3.370/2019 e Decreto Municipal nº 6.109/2019.

1.3 Vigência Contratual

O prazo inicial de Vigência do Contrato de Gestão de cada um dos lotes decorrente da presente Seleção será de 12 (doze) meses, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação de seu extrato na imprensa oficial, podendo ser prorrogado, sempre que houver interesse das partes, até o limite máximo previsto no Decreto Municipal nº 6.109/2019, que regulamenta a Lei Municipal nº 3.370/2019.

2 IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

Razão Social: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

CNPJ: 47.708.771/0001-00

End.: Av. Robert Kennedy, nº 2.900, Bairro Assunção – São Bernardo do Campo

Responsável: **Paulo André Matta Chagas**

CPF: **420.526.748-70**

Função: Presidente do Conselho de Administração (2025 a 2029)

2.1 Nossa Estrutura

.O Projeto da Santa Casa é embasado de acordo com as especialidades afins, otimizando a melhor performance, a maior economia e a mais considerável eficiência de cada Unidade, com isto beneficiando a Administração Maior e visando um atendimento mais humanizado.

Santa Casa de São Bernardo do Campo



2.2 Equipe Técnica

Os fatores que agregam confiabilidade e segurança nos serviços prestados pela O.S., deve-se aos profissionais de larga experiência que estão aderentes a todos os programas que executam e se propõe a colaborar.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, idealista e persistente e seus Gestores com visão

empreendedora resolvem ampliar o leque de atendimentos na Área da Saúde que pratica. DINAMISMO, ARROJO, DETERMINAÇÃO E PROFISSIONALISMO. resolvem através das suas Finalidades Estatutárias, além de manter o próprio hospital em vertiginoso crescimento no Município, alcançar o nível de ORGANIZAÇÃO SOCIAL que ostenta o Sobre Nome da Irmandade.

Além da experiência utilizada nos contratos de gestão e contratos administrativos, firmados com instituições públicas, nossa Organização Social assume toda a operação do complexo, seguindo rigorosamente a execução do plano aprovado pela Gestão.

Nosso trabalho está estruturado para aplicação imediata em ambiente de qualquer porte, âmbito e complexidade administrativo hospitalar, residências terapêuticas, clínicas, e outros, atendendo plataformas públicas e privadas.

Temos entre outros objetivos, firmar concessões, convênios, contratos diversos, inclusive de gestão, termo de compromisso, termo de cooperação, termo de fomento e outros instrumentos para um bom andamento e desempenho. Articular-se pela forma conveniente, com órgãos ou entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras. Bem como firmar parcerias com organização da sociedade civil, poder público, comissões e conselhos municipais, estaduais e federais, assim como compor câmaras setoriais ou técnicas.

2.3 Diretrizes Institucionais

A Irmandade tem como suas principais Diretrizes, proporcionar ao colaborador um ambiente de trabalho seguro e saudável;

Compreender que nenhum trabalho pode ser executado sem considerar a Segurança e Saúde do colaborador, nem qualquer razão, seja urgência, importância ou qualquer outra poderá ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;

Considerar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;

Assegurar que as metas e os indicadores em segurança e saúde ocupacional estejam vinculados à estratégia da entidade;

Considerar as atitudes em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos colaboradores da Entidade;

Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos

profissionais da Entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;

Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre Segurança e Saúde Ocupacional vigentes, subscritos pela Empresa;

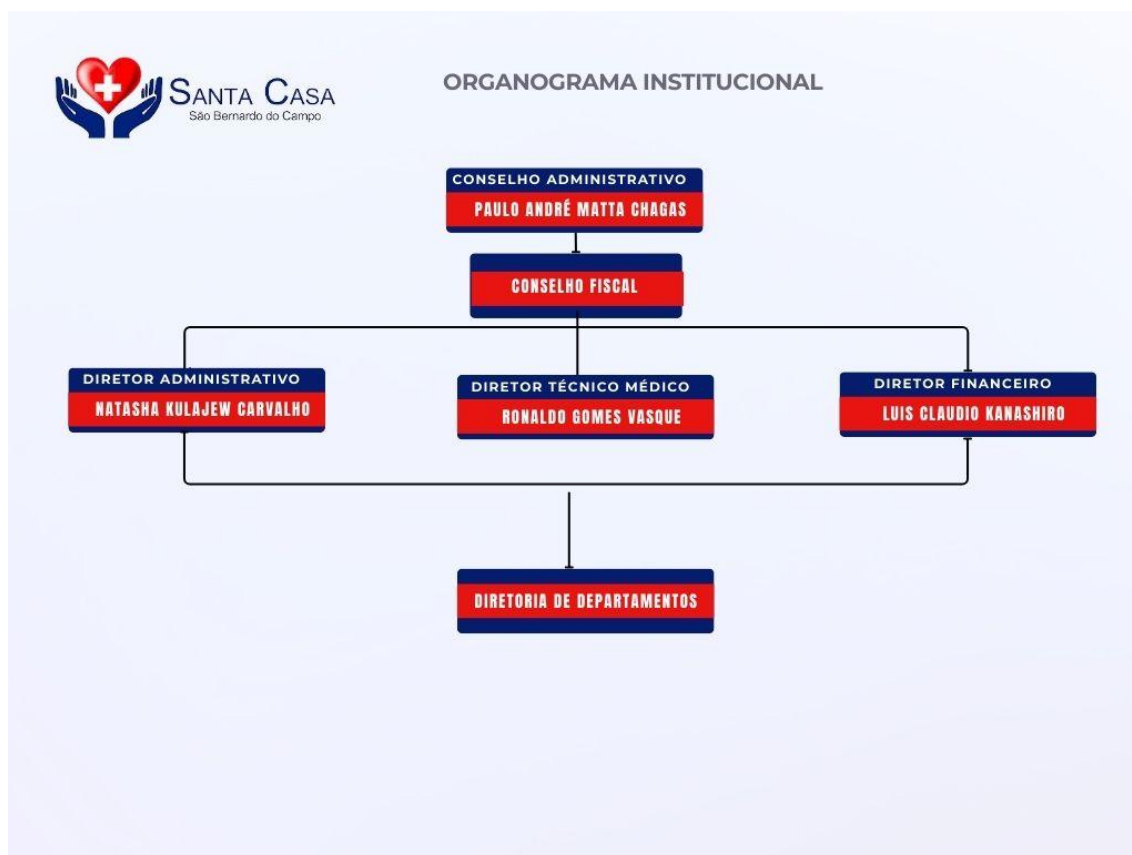
Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com esta Entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos;

Disponibilizar aos órgãos de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários para o exercício de suas atividades;

Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de segurança e saúde ocupacional.

2.4 Estrutura Administrativa da Entidade Irmandade da Santa Casa Misericórdia de São Bernardo do Campo

Conselho Administrativo



2.5 Qualificação dos Dirigentes da Irmandade da SCSBC

Compete a diretoria Geral da Irmandade da Santa Casa de São Bernardo do Campo dirigir, planejar, organizar e controlar as atividades de diversas áreas da Empresa, estabelecendo políticas de gestão de recursos financeiros, administrativos, estruturação, racionalização e adequação dos Projetos a serem desenvolvidos com entidades públicas ou privadas.

2.6 Responsabilidade Social

Nos últimos anos a ISCSBC vem procurando destacar-se também nas questões de responsabilidade social. Nas ações voltadas à conscientização ambiental, há trabalhos com as diversas comunidades, e os processos de integração e capacitação são compromissos Institucionais. Assim, neste contexto,/ a gestão da Santa Casa mostra total comprometimento em minimizar os impactos ao meio ambiente por meio da participação do entrosamento dos colaboradores com a comunidade.

2.7 Qualificação Técnica

2.7.1 Atestados de Capacidade Técnica

Apresentaremos nos itens **10. E5. COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTÃO EM SAÚDE, e no ANEXO V** deste Plano de Trabalho, os Atestados de Capacidade Técnica conforme solicitação do Edital.

2.7.2 Experiência

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo atuante na área de prestação de atendimento hospitalar está apta a prestar serviços médicos devidamente comprovados pela sua vasta experiência.

A instituição atua na prestação de serviços na área pública e privada, elaborando e acompanhando a gestão, execução de projetos na saúde como UPA, PSF, UBS. CAPS, Pronto Socorro/Atendimento, SAMU, Hospital, entre

outros. Essas parcerias são comprovadas pelos atestados de capacidade técnica constantes a serem apresentados.

Através de parcerias seguimos realizando diversos projetos visando o comprometimento com o cidadão. Priorizando a saúde e a vida, contamos com todo suporte técnico de apoio junto as secretarias de saúde, trabalhamos para melhoria do sistema de saúde e para benefício de todos os cidadãos que dela usufruem.

Resumidamente apresentamos alguns de nossos projetos que seguem sendo executados pela instituição:

UniHosp



Atuante desde 26 de abril de 2017, no hospital Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo, o hospital atende diariamente casos de tratamentos clínicos e cirúrgicos, serviços de diagnósticos tratamentos e terapias (SADT) em regime hospitalar. Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Hospital geral;
- Pronto socorro 24 hsl
- Ambulatório I
- Consulta de pronto socorro Adultos

- Visita Hospitalar(paciente internado);
- SADT - Serviço de apoio ao diagnóstico terapêutico/exames
- Fisioterapias pacientes internadosl Hemoterapias - paciente internado.

Dentro dos atendimentos contratados, temos as seguintes especialidades:

- Cardiologista
- Clínico geral
- Dermatologia
- Gastroenterologista (a partir de 7 anos)
- Ginecologia e obstetrícia
- Ortopedia e traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Psiquiatria infantil
- Nutrição;
- Psicologia
- Acupuntura com agulhas
- Fonoterapia

Serviços inclusos dentro do atendimento realizado:

- Honorários médicos
- e Curativos, suturas e retirada de pontos
- e Serviços de enfermagem;
- B Inalação;
- e SADT (Análises clínicas, Raio X, eletrocardiograma, Ultrassonografia)
- Oxigênio;
- Dieta nutricional via oral ou enteral;
- e Fisioterapia respiratória, motora, circulatória, neurológicas
- Gasoterapia;
- Preparo do corpo em caso de óbito

Pronto Socorro Dr. Conrado Cesariano Nuvolini:



A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 — São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Pronto Socorro Dr. Conrado Cesariano Nuvolini, situado na Av. João de Andrade, 958 — Jd. Santo Antonio — Osasco - SP, desde 19 de outubro de 2020 atendendo a demanda da microrregião.

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Atendimentos Gerais;
- Urgência e Emergência/PS Adulto;
- Urgência e Emergência/PS Infantil;
- Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
- Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais;
- Atendimentos Multiprofissionais Gerais



Complexo Hospitalar Municipal Antônio Giglio



A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 — São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Complexo Hospitalar Municipal Antônio Giglio, situado na Rua: Pedro Fioretti, 48 — Centro - Cidade de Osasco — SP, desde 29 de janeiro de 2021

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, prestamos os seguintes serviços no período de 29/01/2021 a 30/04/2021:

- Atendimentos Gerais;
- Urgência e Emergência/PS e PA;
- Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
- Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais;
- Atendimentos Multiprofissionais Gerais;
- Cirurgias de Urgência / Emergência Gerais;
- Cirurgias Efetivas Gerais.

Equipe médica formada por:

- Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogos e Farmacêuticos.

I. Medical Health Assistência Médica

Atuante desde 14 de dezembro de 2011, no hospital Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo, o hospital atende diariamente casos hospitalares disponibilizando 63 leitos, atendimento ambulatorial, pronto atendimento, SADT serviços de apoio ao diagnóstico, UTI - Unidade de terapia Intensiva e fisioterapia. Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Hospital geral
- Pronto socorro 24 horas;
- Ambulatórios;
- Visita Hospitalar(paciente internado);
- SADT - Serviço de apoio ao diagnóstico terapêutico/exame;
- Fisioterapias pacientes internados.

Dentro dos atendimentos contratados, temos as seguintes especialidades:

- Cardiologista;
- Clínico geral;
- Dermatologia;
- Gastroenterologia (a partir de 7 anos)
- Ginecologia e obstetrícia
- Ortopedia e traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Psiquiatria infantil
- Nutrição;
- Psicologia
- Acupuntura com agulhas
- Fonoterapia

Serviços inclusos dentro do atendimento realizado:

- Honorários médicos
- e Curativos, suturas e retirada de pontos
- e Serviços de enfermagem;

- B Inalação;
- e SADT (Análises clínicas, Raio X, eletrocardiograma, Ultrassonografia)
- Oxigênio;
- Dieta nutricional via oral ou enteral;
- e Fisioterapia respiratória, motora, circulatória, neurológicas
- Gasoterapia;
- Preparo do corpo em caso de óbito

Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Barueri/SP e Maternidade Nair Fonseca Leitão Arantes



A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do Campo, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Barueri/SP e Maternidade Nair Fonseca Leitão Arantes, situado na Rua: Professor Jogo da Mata e Luz, 262 -- Centro -- Barueri/SP, desde 01 de março de 2019.

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, atendemos a microrregião nos seguintes serviços:

- Atendimentos Gerais;
- Urgência e Emergência/PS Adultos;
- Urgência e Emergência/PS Infantil;
- Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;

- Atendimentos Multiprofissionais Gerais;
- Cirurgias de Urgência / Emergência Gerais;
- Remoção de pacientes através de ambulâncias.

2.7.3 Onde Estamos:

Matriz

SÃO BERNARDO DO CAMPO



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO (MATRIZ)**

Barueri

BARUERI



PAAI BARUERI



**P.S. JOSÉ AGOSTINHO DOS SANTOS
PARQUE IMPERIAL**

Caieiras

CAIEIRAS



**UNIDADE MISTA
ROSA SANTA PASIN AGUIAR**



**PRONTO ATENDIMENTO
PARQUE DAS LARANJEIRAS**

Caçapava

CAÇAPAVA



CAÇAPAVA

Ferraz de Vasconcelos

FERRAZ DE VASCONCELOS



Guarulhos

GUARULHOS



Mairinque e Mairiporã

lrm

MAIRINQUE



**CAPS, ESF E UBS
DE MAIRINQUE**

MAIRIPORÃ



**PRONTO ATENDIMENTO
MASUO OSATO**

Mogi das Cruzes

MOGI DAS CRUZES



**UNIDADES CAPS
MOGI DAS CRUZES**

Osasco

lcm

OSASCO



**PRONTO SOCORRO
DR. CONRADO CESARINO NUVOLINI**



**HOSPITAL MUNICIPAL
ANTONIO GIGLIO**

São Vicente e Santa Isabel

SÃO VICENTE



**PRONTO SOCORRO
JARDIM RIO BRANCO**

SANTA ISABEL



**CAPS, ESF E UBS
SANTA ISABEL**

FONTE: [HTTPS://OS.SANTACASASBC.ORG.BR/](https://os.santacasasbc.org.br/)

2.7.4 CEBAS - Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social

A instituição realiza prestação de serviços com instituições públicas e privadas na elaboração, acompanhamento e gestão de projetos nas áreas de Saúde, e estão devidamente corroboradas pelos atestados de capacidade técnica e contratos de Gestão.

6m

CEBAS



A Entidade possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) concedido pelo Ministério da Saúde à pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros. Apresenta

3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 Caracterização do Município de Ferraz de Vasconcelos

História do Município de Ferraz de Vasconcelos

No início deste século foram chegando os primeiros povoadores da região atraídos pela fertilidade da terra e pelas condições climáticas da região, pois estes fatores propiciavam o cultivo de frutas. O bairro do Tanquinho foi o primeiro local a receber os membros da família Leite, os primeiros fruticultores que se fixaram no Município. Prosperou e progrediu muito a região chegando a atrair para ali as atenções da Cia. Agrícola e Territorial Romanópolis.

A referida companhia adquiriu, ao longo da via férrea, grande quantidade de terras. Planejado e executado o plano traçado surgiu a Vila Romanópolis, que mais tarde passou a denominar-se Ferraz Vasconcelos. O povoado desenvolveu-se e prosperou mas a população lutava com um problema de vital

importância para o progresso do lugar: apesar da região ser cortada pelo traçado da E.F.C.B., ligando São Paulo ao Rio de Janeiro, não possuía uma estação ferroviária que possibilitasse o embarque de pessoas e mercadorias diretamente para a Capital do Estado, da qual era distante pouco mais de 30 quilômetros.

Esforços foram despendidos pelos moradores locais, a fim de alcançar o seu intento, mas a E.F.C.B. denegou o pedido para o assentamento de uma estação naquela localidade. A Cia. Romanópolis resolveu, a suas expensas, construir e oferecer ao povo a estação que no dia 29 de julho de 1926 foi inaugurada, e em homenagem póstuma ao Engenheiro Ferraz de Vasconcelos, chefe do 2º. Distrito do Tráfego da E.F.C.B., recebeu o seu nome.

Formação Administrativa

O Município de Ferraz de Vasconcelos, localizado no estado de São Paulo, foi inicialmente criado como distrito com a denominação de Ferraz de Vasconcelos pela Lei Estadual nº 233, de 24 de dezembro de 1948, subordinado ao Município de Poá. Na divisão territorial de 1º de julho de 1950, o distrito ainda fazia parte de Poá, mas já demonstrava um grande potencial para desenvolvimento. Com o tempo, a população local, buscando maior autonomia administrativa e melhores condições de infraestrutura, pressionou por uma mudança política que culminou na aprovação da Lei Estadual nº 2456, de 30 de dezembro de 1953, que elevou Ferraz de Vasconcelos à categoria de município, desmembrando-o de Poá. Esse marco permitiu que a cidade iniciasse seu processo de urbanização acelerada, impulsionado pela migração de pessoas e pela instalação de pequenas indústrias e comércios, o que contribuiu para o crescimento econômico e a construção de uma infraestrutura mais robusta, incluindo escolas e hospitais, consolidando Ferraz de Vasconcelos como um importante polo na região da Grande São Paulo.

Fonte: <https://ferrazdevasconcelos.sp.gov.br/web/historia-da-cidade/> Acessado em junho/2026.

3.2 Símbolos Municipais

BANDEIRA DO MUNICÍPIO DE FERRAZ DE VASCONCELOS



BRASÃO

O Brasão de Armas: Fica posicionado no centro da bandeira, sendo o símbolo máximo da identidade da cidade Símbolos de Ferraz de Vasconcelos - Biblioteca José Andere. Ele é adornado por elementos que representam a força e a fundação do município, que conquistou sua emancipação em 1953 História - Prefeitura Municipal de Ferraz de Vasconcelos.

Símbolos no Brasão: No escudo central, destacam-se a roda dentada (simbolizando a indústria local), a cornucópia (que representa a riqueza e abundância agrícola) e as hastes de videira. Estas últimas fazem alusão ao histórico título de "Terra da Uva Itália", já que o município foi o primeiro produtor dessa variedade de uva no Brasil Ferraz de Vasconcelos

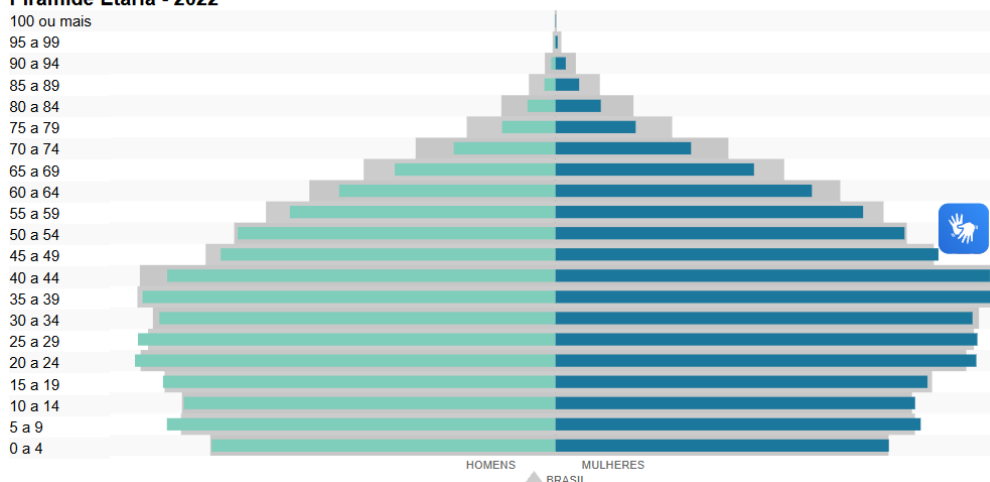


População

Em 2022, a população era de 179.198 habitantes e a densidade demográfica era de 6.064,85 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 44 e 9 de 645. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 166 e 16 de 5570.

IBGE - Censo 2022 DENSIDADE DEMOGRÁFICA (2022)			6.064,85 hab. / Km2
Ranking no país: 16° de 5570	Ranking no estado: 9° de 645	Ranking na região geográfica imediata: 9° de 39	
IBGE - Área territorial brasileira ÁREA TERRITORIAL (2025)			29,58 Km2
Ranking no país: 5554° de 5570	Ranking no estado: 640° de 645	Ranking na região geográfica imediata: 35° de 39	

Pirâmide Etária - 2022



Fonte: IBGE

Trabalho e Rendimento

Em 2023 o Município possui população estimada de 186.479 habitantes (2025) e registrou PIB per capita de R\$ 30.826,13 em 2023. O mercado de trabalho formal mantém participação significativa na economia local, embora ainda coexistam desafios relacionados à geração de emprego, renda e redução das desigualdades sociais. Esse cenário reforça a importância de ações integradas voltadas à ampliação do acesso aos serviços públicos, à promoção da inclusão social, à qualificação profissional e ao fortalecimento da atenção à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população e para o desenvolvimento sustentável do Município.

Economia

Em 2023, o PIB per capita era de R\$ 30.826,13. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 512 de 645 entre os municípios do estado e na 2712 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2024 era de 70,49%, o que o colocava na posição 494 de 645 entre os municípios do estado e na 4872 de 5570. Em 2024, o total de receitas realizadas foi de R\$ 732.618.633,68 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 652.083.105,99 (x1000). Isso deixa o município nas

posições 77 e 80 de 645 entre os municípios do estado e na 271 e 297 de 5570 entre todos os municípios.

Saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13,6 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 5,4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 208 de 645 e 254 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2224 de 5570 e 2413 de 5570, respectivamente.

Fonte: IBGE

3.3 Perfil Demográfico

O município de Ferraz de Vasconcelos, localizado na Região Metropolitana de São Paulo, integra o Alto Tietê e caracteriza-se por elevada densidade populacional e intenso processo de urbanização, fatores que influenciam diretamente a organização da Rede de Atenção à Saúde e o planejamento das ações assistenciais.

De acordo com os dados mais recentes do IBGE – O Censo Demográfico 2022, Ferraz de Vasconcelos possui população estimada em aproximadamente 168 mil habitantes, distribuídos em uma área territorial de cerca de 29,6 km², resultando em uma das maiores densidades demográficas do Estado de São Paulo, superior a 5.600 habitantes por km². Essa característica evidencia um município predominantemente urbano, com elevada concentração populacional e crescente demanda pelos serviços públicos de saúde.

A composição demográfica apresenta predominância da população em idade economicamente ativa, acompanhada por um processo gradual de envelhecimento populacional, fenômeno observado em todo o país. Esse cenário amplia a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, do acompanhamento materno-infantil, da assistência à saúde da mulher, da criança,

cam

do adolescente, do adulto e da pessoa idosa, bem como da organização das linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde.

O município apresenta perfil epidemiológico caracterizado pela coexistência de doenças crônicas, agravos decorrentes das condições socioeconômicas, doenças transmissíveis e crescente demanda por serviços de urgência e emergência. Além disso, a elevada densidade populacional favorece maior utilização dos equipamentos de saúde, exigindo adequada capacidade instalada, planejamento assistencial e integração entre os diversos pontos da rede municipal.

Sob o aspecto socioeconômico, os indicadores do IBGE demonstram a existência de áreas com significativa vulnerabilidade social, refletindo diretamente nos determinantes sociais da saúde e reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças,

educação em saúde e ampliação do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, o conhecimento do perfil demográfico de Ferraz de Vasconcelos constitui importante instrumento para o planejamento das ações de saúde, subsidiando a definição de estratégias de gestão, dimensionamento de recursos humanos, organização da assistência, ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o Sistema Único de Saúde.

Principais indicadores demográficos (IBGE – Censo 2022):

Indicador	Valor
População residente	168.306 habitantes
Área territorial	29,564 km²
Densidade demográfica	aproximadamente 5.693 hab./km²
Região	Alto Tietê – Região Metropolitana de São Paulo

Indicador	Valor
Grau de urbanização	Predominantemente urbano

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2022.

3.4 Perfil Epidemiológico

O perfil epidemiológico do município de Ferraz de Vasconcelos reflete as características de uma cidade de médio porte inserida na Região Metropolitana de São Paulo, marcada por elevada densidade populacional, intensa urbanização e importantes desigualdades socioeconômicas, fatores que influenciam diretamente o padrão de adoecimento da população e a demanda pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o IBGE não produza indicadores epidemiológicos específicos de morbidade e mortalidade, seus dados demográficos e socioeconômicos subsidiam a análise do cenário de saúde municipal, evidenciando uma população predominantemente urbana, com elevada concentração populacional e processo gradual de envelhecimento, aspectos associados ao aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, obesidade, neoplasias e doenças respiratórias crônicas.

Paralelamente, o município mantém demanda expressiva relacionada às doenças transmissíveis, especialmente infecções respiratórias, arboviroses, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis e demais agravos de notificação compulsória, exigindo vigilância epidemiológica permanente, ações de imunização, monitoramento dos indicadores sanitários e fortalecimento das estratégias de prevenção e controle em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

O perfil materno-infantil permanece como prioridade da assistência, contemplando ações voltadas ao pré-natal, parto seguro, puerpério, puericultura, imunização, vigilância nutricional e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil e para a melhoria dos indicadores de saúde.

O envelhecimento progressivo da população amplia a necessidade de organização das linhas de cuidado destinadas às pessoas idosas, com foco na prevenção da fragilidade, controle das doenças crônicas, reabilitação, promoção da autonomia funcional e assistência multiprofissional integrada.

As características socioeconômicas do município, associadas à existência de áreas de maior vulnerabilidade social, repercutem sobre os determinantes sociais da saúde, favorecendo a ocorrência de agravos relacionados às condições de moradia, renda, escolaridade, saneamento, alimentação, violência e acesso aos serviços públicos. Esse cenário reforça a importância das ações intersetoriais e da atuação integrada da Atenção Primária à Saúde, da Vigilância em Saúde e da Rede de Atenção às Urgências.

Nesse contexto, o planejamento das ações assistenciais deverá priorizar a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, reabilitação e acompanhamento contínuo das condições crônicas, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e articulando os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A organização dos serviços deverá basear-se na análise contínua dos indicadores epidemiológicos oficiais dos sistemas de informação do SUS, como SIM, SINASC, SINAN, SIH/SUS, SIA/SUS e e-SUS APS, permitindo o monitoramento permanente das necessidades da população e a implementação de estratégias que promovam maior resolutividade, integralidade, equidade e qualidade da assistência prestada.

O Município evidencia a coexistência de doenças crônicas, doenças transmissíveis, agravos decorrentes das vulnerabilidades sociais e crescente demanda por serviços de média complexidade, urgência e emergência, exigindo planejamento integrado, gestão baseada em evidências e qualificação permanente da Rede Municipal de Saúde para atender às necessidades da população de forma eficiente e humanizada.

3.5 Composição da Rede Municipal de Saúde

A Rede Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos está estruturada de forma regionalizada e hierarquizada, em conformidade com os princípios e

diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal, integral e equânime às ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde.

A organização da rede assistencial contempla estabelecimentos distribuídos nos diferentes níveis de atenção, possibilitando a integração entre a Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Rede de Urgência e Emergência, Vigilância em Saúde e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, assegurando a continuidade do cuidado por meio de fluxos de referência e contrarreferência.

A Atenção Primária à Saúde constitui a principal porta de entrada do sistema municipal, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento longitudinal da população adscrita. Nesse nível de atenção são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, imunização, assistência pré-natal, acompanhamento das condições crônicas, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da pessoa idosa, saúde mental, visitas domiciliares e demais programas estratégicos do Ministério da Saúde.

A Atenção Especializada é composta por ambulatórios especializados, Centros de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de reabilitação, assistência farmacêutica especializada e demais serviços destinados ao atendimento de condições clínicas que demandam acompanhamento multiprofissional e recursos tecnológicos específicos, complementando a assistência ofertada pela Atenção Primária.

A Rede de Urgência e Emergência é organizada para garantir atendimento ininterrupto aos casos agudos, funcionando de forma integrada com os serviços pré-hospitalares, unidades de pronto atendimento, serviços hospitalares e demais pontos da Rede de Atenção às Urgências, assegurando acolhimento, classificação de risco, estabilização clínica, tratamento e encaminhamento adequado dos usuários conforme protocolos assistenciais vigentes.

A assistência hospitalar integra a rede municipal por meio de unidades próprias e de serviços complementares contratualizados, oferecendo suporte às

internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas, além da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média complexidade, observando os princípios da regulação assistencial e da integração regional.

Complementando a assistência, a rede dispõe de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), compreendendo exames laboratoriais, diagnóstico por imagem, eletrocardiografia, ultrassonografia e demais procedimentos necessários à investigação diagnóstica e ao acompanhamento clínico dos usuários.

A Vigilância em Saúde atua de forma integrada à assistência, desenvolvendo ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, promovendo monitoramento de agravos, investigação de surtos, imunização, controle de doenças transmissíveis, fiscalização sanitária e ações educativas voltadas à proteção da saúde coletiva.

A Assistência Farmacêutica integra a Rede Municipal de Saúde mediante a programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos padronizados, observando as diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e das normas do Ministério da Saúde.

A organização da Rede Municipal de Saúde é apoiada pelos sistemas oficiais de regulação, controle e avaliação, possibilitando o gerenciamento dos encaminhamentos entre os diferentes níveis assistenciais, o monitoramento dos indicadores de desempenho, a qualificação da assistência e a otimização dos recursos disponíveis.

No âmbito da execução do presente Plano de Trabalho, a Organização Social promoverá atuação integrada com todos os componentes da Rede Municipal de Saúde, fortalecendo os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência, a comunicação entre os pontos de atenção e a continuidade do cuidado, contribuindo para a ampliação do acesso, melhoria da resolutividade, humanização da assistência e alcance dos indicadores pactuados pelo Sistema Único de Saúde.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2022. /Acessado em: julho 2026.

4 PROGRAMAS A SEREM EXECUTADOS E ESTRUTURA

4.1 LOTE 1 - ATENÇÃO BÁSICA | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1.1 A Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa a principal porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas de forma integrada por equipes multiprofissionais.

No âmbito do SUS, a APS exerce papel estratégico como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, promovendo o acesso oportuno aos serviços, a continuidade da assistência e a integração entre os diferentes níveis de atenção. Sua atuação está fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação social, assegurando assistência humanizada, resolutiva e centrada nas necessidades da população.

A organização da Atenção Primária está amparada pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Federal nº 8.080/1990 e pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, que estabelecem as bases para a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento em saúde e a articulação interfederativa. No âmbito assistencial, a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, define as diretrizes para a organização dos serviços, consolidando a Atenção Primária como eixo estruturante do SUS e principal responsável pela coordenação do cuidado em saúde.

Alinhada a essas diretrizes, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá a gestão da Atenção Primária com

foco na qualificação do acesso, na continuidade do cuidado, na integração com a Rede Municipal de Saúde e na melhoria contínua dos resultados assistenciais, contribuindo para a ampliação da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados à população de Ferraz de Vasconcelos.

4.1.2 Histórico da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde no Brasil consolidou-se como principal estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de 1990, em resposta à necessidade de ampliar o acesso aos serviços, fortalecer as ações de promoção da saúde e estruturar um modelo assistencial centrado nas necessidades da população e na organização do território.

Como marco inicial dessa transformação, o Ministério da Saúde instituiu, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), voltado à ampliação do acesso às ações básicas de saúde por meio da atuação de Agentes Comunitários de Saúde junto às comunidades. Na sequência, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), introduzindo um novo modelo de atenção baseado em equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento contínuo da população adscrita em território definido.

A expansão e os resultados alcançados pelo Programa Saúde da Família consolidaram esse modelo como a principal estratégia de fortalecimento da Atenção Primária, passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa mudança refletiu sua condição de política pública permanente para a reorganização da assistência, substituindo gradativamente o modelo tradicional centrado na demanda espontânea por um modelo orientado pela promoção da saúde, prevenção de doenças, acompanhamento longitudinal dos usuários e coordenação do cuidado.

A partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, posteriormente revisada e atualizada pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Estratégia Saúde da Família passou a constituir o modelo prioritário para expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária no âmbito do SUS. A PNAB fortaleceu diretrizes como a territorialização,

a adscrição da população, a responsabilização sanitária das equipes, a integração com as Redes de Atenção à Saúde e a atuação multiprofissional, ampliando a capacidade resolutiva dos serviços e qualificando o cuidado prestado à população.

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde representa o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde, exercendo papel fundamental na coordenação do cuidado, na integração dos diferentes níveis de atenção e na melhoria dos indicadores de saúde, constituindo o principal instrumento para a promoção de um sistema de saúde mais acessível, resolutivo, humanizado e orientado pelas necessidades dos cidadãos.

4.1.3 Base Normativa da Atenção Básica

A presente Proposta Técnica foi elaborada em estrita observância ao arcabouço jurídico e normativo que regulamenta a organização, o planejamento, a execução e a avaliação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, assegurando conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e com as exigências previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/SMS/2026.

A organização dos serviços está fundamentada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde e estabeleceu seus princípios e diretrizes. Complementarmente, o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, consolidando a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

A organização da Atenção Básica observa as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo os princípios, a estrutura organizacional, as atribuições das equipes, o processo de trabalho e as responsabilidades sanitárias inerentes à Estratégia Saúde da Família.

No planejamento das ações e serviços serão observados os critérios e parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que orienta o dimensionamento das necessidades assistenciais, a programação da oferta de serviços e a organização das ações de saúde no âmbito do SUS, favorecendo a adequada utilização dos recursos públicos e o atendimento das necessidades da população.

A gestão dos serviços também será orientada pelos critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), incorporando processos permanentes de monitoramento da qualidade, avaliação de desempenho, segurança do paciente, humanização da assistência e melhoria contínua dos processos de trabalho.

Além das normas acima descritas, a execução contratual observará todas as legislações, portarias, protocolos clínicos, diretrizes ministeriais e normas técnicas aplicáveis à Atenção Primária à Saúde, bem como as regulamentações municipais vigentes, garantindo conformidade legal, eficiência operacional, qualidade assistencial e cumprimento integral das metas pactuadas com o Município de Ferraz de Vasconcelos.

4.1.4 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estruturada sobre os princípios da territorialização, adscrição da população, vínculo, continuidade do cuidado e responsabilização sanitária, a ESF busca promover atenção integral, resolutiva e humanizada, fortalecendo o acesso da população aos serviços de saúde.

O modelo da Estratégia Saúde da Família organiza o cuidado por meio de equipes multiprofissionais responsáveis por um território definido e por uma população adscrita, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, assistência clínica, reabilitação e

acompanhamento longitudinal dos usuários em todas as fases do ciclo de vida. Essa organização favorece o conhecimento das necessidades locais, a identificação dos determinantes sociais da saúde e a elaboração de intervenções compatíveis com a realidade de cada comunidade.

A atuação das equipes está fundamentada na integração entre as diferentes categorias profissionais, no planejamento das ações a partir da análise do território, na utilização de protocolos assistenciais e na articulação permanente com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família fortalece a coordenação do cuidado, qualifica os fluxos assistenciais e amplia a capacidade resolutiva da Atenção Primária.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará um modelo de gestão alinhado às diretrizes da Estratégia Saúde da Família, priorizando a organização territorial das equipes, a qualificação do acesso, a integração entre assistência e vigilância em saúde, o fortalecimento das ações preventivas, o acompanhamento contínuo da população adscrita e o monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais e de desempenho. A gestão será orientada pela melhoria contínua dos processos de trabalho, pela humanização do atendimento e pela busca permanente da qualidade e da efetividade das ações desenvolvidas.

4.1.5 Equipes da Atenção Primária à Saúde

A organização da Atenção Primária à Saúde fundamenta-se na atuação integrada de equipes multiprofissionais, estruturadas para garantir assistência integral, contínua, territorializada e centrada nas necessidades da população, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A atuação colaborativa entre os diferentes profissionais fortalece a coordenação do cuidado, amplia a capacidade resolutiva dos serviços e assegura respostas qualificadas às demandas individuais, familiares e coletivas.

A Estratégia Saúde da Família constitui o principal modelo de organização da Atenção Primária e desenvolve suas atividades por meio de equipes responsáveis por território e população definidos, assumindo

responsabilidade sanitária sobre os usuários adscritos. Esse modelo favorece o estabelecimento de vínculo entre profissionais e comunidade, o acompanhamento longitudinal dos usuários, a continuidade da assistência e a organização do cuidado de forma integrada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) representa o núcleo assistencial da Atenção Primária, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, assistência clínica, reabilitação, educação em saúde e coordenação do cuidado, sempre orientada pelo planejamento territorial e pelo acompanhamento contínuo da população sob sua responsabilidade.

As Equipes de Saúde Bucal (eSB), integradas à Estratégia Saúde da Família, contribuem para a integralidade da assistência por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde bucal, atuando de forma articulada com os demais profissionais das equipes e fortalecendo o cuidado integral aos usuários.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exercem papel estratégico na aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, contribuindo para o cadastramento das famílias, territorialização, visitas domiciliares, identificação das condições de vulnerabilidade, acompanhamento da população adscrita e fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde.

As Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária (eMulti) atuam como apoio especializado às equipes da Estratégia Saúde da Família, ampliando sua capacidade resolutiva por meio do matriciamento, da discussão compartilhada de casos, da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, das ações interprofissionais e do suporte técnico-assistencial às equipes de referência.

A composição das equipes observará as categorias profissionais previstas na Política Nacional de Atenção Básica, nas normativas do Ministério da Saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e nas disposições estabelecidas pelo Município para a execução dos serviços, garantindo atuação interdisciplinar, integração entre os diferentes núcleos profissionais e cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade.

Além das equipes assistenciais, o modelo de gestão compreenderá profissionais responsáveis pela coordenação técnica, supervisão dos serviços, apoio administrativo, monitoramento de indicadores, gestão da qualidade, educação permanente e demais atividades necessárias ao adequado funcionamento das unidades, assegurando suporte às equipes e fortalecimento dos processos gerenciais.

A atuação integrada entre os diversos profissionais favorecerá o planejamento compartilhado das ações, a comunicação interdisciplinar, a corresponsabilização pelo cuidado e a construção de intervenções compatíveis com o perfil epidemiológico e as necessidades do território, fortalecendo a efetividade das ações desenvolvidas e a qualidade da assistência prestada.

O dimensionamento das equipes, a composição dos recursos humanos, os perfis profissionais, as atribuições funcionais, os processos de recrutamento e seleção, os programas de capacitação, desenvolvimento e educação permanente, bem como as diretrizes para a gestão de recursos humanos previstas para a execução dos serviços, encontram-se detalhados no Item 7 – E2: Descrição sobre Recursos Humanos, elaborado em conformidade com as exigências do Edital, da Política Nacional de Atenção Básica e das demais normas aplicáveis.

4.1.6 Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde fundamenta-se em atributos que orientam a organização dos serviços e qualificam o cuidado prestado à população. Esses atributos asseguram que as ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família sejam centradas nas necessidades dos usuários, promovendo atenção integral, contínua e resolutiva.

O acesso de primeiro contato caracteriza a Atenção Primária como a principal porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, garantindo acolhimento, escuta qualificada e resposta oportuna às necessidades de saúde da população, conforme critérios de risco, vulnerabilidade e prioridades assistenciais.

A longitudinalidade do cuidado estabelece a construção de vínculo permanente entre as equipes de saúde e a população adscrita, favorecendo o acompanhamento contínuo dos usuários ao longo do tempo, independentemente da ocorrência de episódios agudos ou condições crônicas, fortalecendo a confiança e a corresponsabilização no processo de cuidado.

A integralidade compreende a oferta articulada de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, considerando o indivíduo em sua dimensão biológica, psicológica e social, bem como seu contexto familiar e comunitário.

A coordenação do cuidado assegura a integração da Atenção Primária com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, promovendo o adequado encaminhamento, acompanhamento e contrarreferência dos usuários, garantindo a continuidade da assistência e a utilização racional dos recursos disponíveis.

Complementam esses atributos a orientação familiar e comunitária, que reconhecem a influência das condições sociais, econômicas, culturais e ambientais no processo saúde-doença, permitindo que o planejamento das ações seja realizado com base nas características epidemiológicas e nas necessidades específicas do território. A participação social e a atuação intersetorial fortalecem esse modelo de atenção, contribuindo para a promoção da saúde e a melhoria das condições de vida da população.

Alinhada a esses princípios, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá suas ações com foco na qualificação do acesso, fortalecimento do vínculo entre equipes e usuários, organização do cuidado em rede, atuação territorializada e melhoria contínua dos processos assistenciais, assegurando uma Atenção Primária resolutiva, humanizada e orientada pelas necessidades da população de Ferraz de Vasconcelos.

lcm

4.1.7 Princípios Organizadores da Atenção Primária à Saúde

A organização da Atenção Primária à Saúde fundamenta-se em princípios que orientam o planejamento das ações, a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes, assegurando que a assistência seja desenvolvida de forma integrada, contínua e centrada nas necessidades da população. Estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), esses princípios constituem a base para a consolidação de um modelo assistencial resolutivo, humanizado e territorializado.

A territorialização representa um dos principais instrumentos de organização da Atenção Primária, permitindo o conhecimento das características demográficas, epidemiológicas, sociais e ambientais da população sob responsabilidade das equipes. Associada à adscrição da população, possibilita a definição da responsabilidade sanitária sobre um território delimitado, favorecendo o planejamento das ações, a identificação de grupos prioritários e o acompanhamento contínuo das famílias.

O acesso universal e o acolhimento qualificam a Atenção Primária como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, assegurando atendimento oportuno, escuta qualificada, classificação das necessidades e encaminhamento adequado dos usuários. Esse processo contribui para ampliar a resolutividade das equipes e fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A integralidade do cuidado orienta a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância em saúde e cuidados paliativos, considerando o indivíduo em sua integralidade e reconhecendo a influência dos determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença.

A coordenação do cuidado constitui elemento essencial da Atenção Primária, promovendo a articulação entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde e garantindo que o usuário tenha acesso aos serviços necessários de forma organizada, mediante mecanismos de referência e

lcm

contrarreferência, acompanhamento compartilhado e continuidade da assistência.

O trabalho em equipe multiprofissional, aliado ao planejamento participativo, à educação permanente e à integração entre assistência e vigilância em saúde, fortalece a capacidade de resposta das equipes frente às necessidades do território, favorecendo a tomada de decisão baseada em evidências, o monitoramento dos indicadores de saúde e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Em consonância com esses princípios, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estruturará a gestão da Atenção Primária à Saúde com foco na organização territorial dos serviços, na responsabilização sanitária das equipes, na qualificação do acesso, na coordenação do cuidado e na integração efetiva com a Rede Municipal de Saúde. As ações serão orientadas pelo planejamento contínuo, pela utilização de indicadores de desempenho, pela educação permanente dos profissionais e pela busca constante da excelência assistencial, assegurando uma atenção integral, humanizada e resolutiva à população de Ferraz de Vasconcelos.

4.1.8 Objetivos Estratégicos da Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na consolidação de um sistema de saúde acessível, resolutivo e integrado, atuando como principal ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado. Nesse contexto, a gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo será orientada por objetivos estratégicos que promovam a qualificação permanente da assistência, o fortalecimento das ações de promoção da saúde e a melhoria dos resultados sanitários da população.

O modelo de gestão proposto priorizará a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, assegurando atendimento oportuno, acolhimento humanizado, organização dos fluxos assistenciais e redução das barreiras de acesso, de forma a garantir resposta adequada às necessidades da população adscrita.

A organização das ações assistenciais buscará fortalecer a capacidade resolutiva das equipes da Estratégia Saúde da Família, promovendo a identificação precoce dos agravos, o acompanhamento longitudinal dos usuários, a prevenção de doenças, o manejo das condições crônicas e a redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária, contribuindo para maior eficiência da Rede Municipal de Saúde.

Outro objetivo estratégico consiste na integração das ações assistenciais com a Vigilância em Saúde e os demais pontos da Rede de Atenção, favorecendo a coordenação do cuidado, a continuidade da assistência e a efetividade dos mecanismos de referência e contrarreferência, garantindo que o usuário percorra a rede de forma organizada e segura.

A gestão será orientada pelo planejamento baseado nas necessidades do território, utilizando informações epidemiológicas, indicadores de desempenho e ferramentas de monitoramento para subsidiar a tomada de decisão, aperfeiçoar os processos de trabalho e promover a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Como diretriz institucional, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará um modelo de gestão fundamentado na governança clínica, na valorização dos profissionais, na educação permanente, na humanização da assistência, na inovação dos processos e na avaliação sistemática dos resultados, assegurando o cumprimento das metas contratuais e contribuindo para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Município de Ferraz de Vasconcelos.

Dessa forma, a gestão estará direcionada à promoção da saúde, à prevenção de agravos, à qualificação do cuidado, ao fortalecimento do vínculo entre equipes e comunidade e à melhoria dos indicadores assistenciais, consolidando uma Atenção Primária eficiente, integrada, sustentável e centrada nas necessidades da população.

4.1.9 Organização do Processo de Trabalho

A organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde constitui elemento essencial para a efetividade da Estratégia Saúde da Família,

orientando a atuação das equipes na prestação de uma assistência integral, contínua, resolutiva e centrada nas necessidades da população. Estruturado de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, esse processo deve favorecer a integração entre os profissionais, o planejamento das ações, a utilização racional dos recursos disponíveis e a melhoria permanente da qualidade dos serviços.

Nesse contexto, o processo de trabalho é desenvolvido de forma territorializada, considerando as características epidemiológicas, sociais e demográficas da população adscrita, permitindo que as ações assistenciais, preventivas e de vigilância em saúde sejam planejadas e executadas de maneira articulada e baseada nas necessidades identificadas em cada território.

A atuação integrada das equipes multiprofissionais, associada ao planejamento local, à coordenação do cuidado e à articulação com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, contribui para ampliar a resolutividade da Atenção Primária, fortalecer o vínculo com os usuários e promover a continuidade da assistência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará processos de trabalho alinhados às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, priorizando a organização das equipes, a integração entre assistência e vigilância em saúde, o monitoramento sistemático dos resultados e a melhoria contínua dos processos assistenciais. A metodologia operacional, os fluxos assistenciais, as atribuições das equipes e os demais componentes que estruturam o processo de trabalho serão apresentados detalhadamente no item **6.1.9 – Organização e Funcionamento dos Serviços Assistenciais e de Apoio**, em conformidade com as exigências deste Edital.

4.1.10 Linhas Prioritárias de Cuidado

A organização da assistência na Atenção Primária à Saúde será estruturada por linhas de cuidado que asseguram atenção integral, contínua e coordenada, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica e com o perfil epidemiológico do Município

de Ferraz de Vasconcelos. As linhas de cuidado constituem a base da organização do modelo assistencial, promovendo a integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância em saúde e acompanhamento longitudinal dos usuários.

Saúde da Mulher

A linha de cuidado da Saúde da Mulher será desenvolvida de forma integral, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, planejamento reprodutivo, rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama, assistência ao climatério, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, acompanhamento das condições crônicas e demais ações voltadas às diferentes fases do ciclo de vida feminino.

Saúde da Criança

A atenção à criança compreenderá o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, puericultura, promoção do aleitamento materno, vigilância nutricional, imunização, prevenção de agravos, identificação precoce de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e acompanhamento das principais condições de saúde da infância, assegurando cuidado integral desde o nascimento.

Saúde do Adolescente

A assistência ao adolescente será direcionada à promoção da saúde, prevenção de agravos, saúde sexual e reprodutiva, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, atenção à saúde mental, prevenção ao uso de álcool e outras drogas, imunização e prevenção das violências, fortalecendo o vínculo desse público com os serviços de Atenção Primária.

Saúde do Homem

A linha de cuidado da Saúde do Homem priorizará a ampliação do acesso aos serviços de saúde, o acompanhamento das condições crônicas, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a saúde sexual e reprodutiva, o

rastreamento dos agravos prioritários e o fortalecimento das ações de autocuidado.

Saúde da Pessoa Idosa

A atenção à pessoa idosa será organizada com foco na avaliação multidimensional, manutenção da capacidade funcional, prevenção de quedas, acompanhamento das condições crônicas, imunização, promoção do envelhecimento saudável, cuidados paliativos quando indicados e suporte às necessidades decorrentes do processo de envelhecimento.

Atenção à Gestante, Puérpera e ao Recém-nascido

A linha de cuidado materno-infantil compreenderá a captação precoce da gestante, acompanhamento do pré-natal, estratificação de risco, realização dos exames preconizados, imunização, ações educativas, assistência ao puerpério, incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do recém-nascido, em integração com a Rede de Atenção Materno Infantil.

Saúde Mental

As ações de saúde mental serão desenvolvidas de forma articulada com a Rede de Atenção Psicossocial, contemplando acolhimento, acompanhamento longitudinal, cuidado compartilhado, manejo dos transtornos mentais mais prevalentes, prevenção do suicídio, atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e apoio matricial às equipes.

Pessoa com Deficiência

A atenção à pessoa com deficiência compreenderá ações de identificação precoce, acompanhamento contínuo, reabilitação, promoção da autonomia, inclusão social e articulação com os serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde, respeitando as necessidades individuais e promovendo o cuidado integral.

Pessoas com Condições Crônicas

A assistência às pessoas com condições crônicas abrangerá o acompanhamento longitudinal da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e demais agravos de elevada prevalência, utilizando estratificação de risco, educação em saúde, monitoramento clínico e ações voltadas à prevenção de complicações.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

A linha de cuidado das Infecções Sexualmente Transmissíveis contemplará ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, testagem, aconselhamento, rastreamento de contatos e educação em saúde, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde.

Tuberculose

A assistência às pessoas com tuberculose compreenderá busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico oportuno, tratamento, acompanhamento dos casos, investigação de contatos e desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica necessárias ao controle da doença.

Hanseníase

A linha de cuidado da hanseníase contemplará identificação precoce dos casos, diagnóstico, tratamento, vigilância dos contatos, prevenção de incapacidades físicas e acompanhamento longitudinal dos usuários, contribuindo para o controle da doença e redução das sequelas.

Arboviroses

As ações voltadas às arboviroses serão desenvolvidas de forma integrada entre assistência e vigilância, compreendendo identificação precoce dos casos, manejo clínico, vigilância epidemiológica, educação em saúde e articulação com as ações de Vigilância Ambiental para o controle dos vetores.

Prevenção das Violências e Promoção da Cultura de Paz

A linha de cuidado para prevenção das violências contemplará acolhimento qualificado, identificação precoce das situações de violência, notificação compulsória, atendimento multiprofissional, articulação intersetorial e encaminhamento à rede de proteção social, contribuindo para a promoção da cultura de paz e da proteção integral dos indivíduos e famílias.

4.1.11 Promoção da Saúde

A promoção da saúde constitui um dos pilares da Atenção Primária à Saúde e orienta o desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento da autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a melhoria das condições de vida e para a redução dos fatores de risco relacionados ao processo saúde-doença.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá ações permanentes de educação em saúde, utilizando metodologias participativas e estratégias de comunicação voltadas à prevenção de agravos, promoção de hábitos saudáveis e fortalecimento do autocuidado.

As atividades coletivas serão organizadas por meio de grupos educativos e terapêuticos, direcionados às diferentes necessidades da população, contemplando, entre outros temas, gestação, aleitamento materno, puericultura, condições crônicas, saúde mental, alimentação saudável, práticas corporais, tabagismo e demais prioridades definidas pelo perfil epidemiológico do território.

A promoção da saúde será fortalecida pela atuação intersetorial, estimulando a articulação com os diversos setores da administração pública, instituições de ensino, organizações da sociedade civil e equipamentos comunitários, favorecendo o desenvolvimento de ações integradas voltadas à melhoria das condições de saúde da população.

A participação comunitária será incentivada como instrumento de fortalecimento do controle social, da corresponsabilização dos usuários e da aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, contribuindo para o

planejamento participativo e para o aperfeiçoamento contínuo das ações desenvolvidas.

4.1.12 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde será desenvolvida de forma integrada às ações assistenciais da Atenção Primária, promovendo a identificação, monitoramento e controle dos riscos e agravos à saúde da população, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

A integração entre Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental permitirá a utilização das informações em saúde como instrumento de planejamento das ações, definição de prioridades assistenciais e monitoramento do perfil epidemiológico do território.

As equipes atuarão de forma articulada na realização das notificações compulsórias, investigação de casos, acompanhamento de surtos, monitoramento de eventos de interesse em saúde pública e desenvolvimento de ações preventivas, contribuindo para a resposta oportuna às demandas sanitárias do município.

A utilização sistemática dos sistemas oficiais de informação e dos indicadores epidemiológicos subsidiará a tomada de decisão, o planejamento das ações e a avaliação permanente dos resultados alcançados.

4.1.13 Imunização

A imunização constitui uma das principais estratégias de prevenção de doenças e redução da morbimortalidade, sendo desenvolvida em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações e do calendário oficial do Ministério da Saúde.

A gestão assegurará a oferta das vacinas preconizadas para todos os ciclos de vida, observando os protocolos técnicos, a manutenção da cadeia de frio, a segurança na administração dos imunobiológicos e o registro adequado das doses aplicadas nos sistemas oficiais.

Serão desenvolvidas estratégias permanentes de busca ativa de usuários com esquemas vacinais incompletos, monitoramento das coberturas vacinais, análise dos indicadores e implementação de ações voltadas à ampliação do acesso e ao alcance das metas estabelecidas pelos órgãos gestores.

As campanhas de vacinação serão executadas em conformidade com o calendário nacional, estadual e municipal, utilizando estratégias de mobilização social, educação em saúde e articulação intersetorial para ampliação da cobertura vacinal e proteção coletiva da população.

4.1.14 Campanhas de Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo participará da execução das campanhas de saúde promovidas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, incorporando-as ao planejamento anual das equipes da Estratégia Saúde da Família.

As campanhas contemplarão ações de educação em saúde, prevenção de doenças, promoção da saúde, vacinação, rastreamento de agravos, mobilização comunitária e incentivo ao autocuidado, em consonância com as prioridades epidemiológicas e os calendários oficiais.

Entre as principais campanhas desenvolvidas destacam-se aquelas voltadas à prevenção e controle das arboviroses, imunização, saúde da mulher, saúde do homem, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, prevenção do suicídio, combate ao tabagismo, promoção da alimentação saudável, incentivo à atividade física e demais campanhas temáticas instituídas pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

As ações serão planejadas de forma integrada com as equipes multiprofissionais, escolas, equipamentos públicos, instituições parceiras e organizações da sociedade civil, ampliando o alcance das atividades e fortalecendo a participação da comunidade na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

4.1.15 Produção Assistencial

A gestão da produção assistencial constitui instrumento estratégico para o planejamento, monitoramento, avaliação do desempenho e qualificação da Atenção Primária à Saúde. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá processos voltados ao registro qualificado das ações assistenciais, assegurando a integridade, consistência e tempestividade das informações produzidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

O registro das ações será realizado por meio do Sistema e-SUS APS, observando as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde quanto ao registro individualizado dos atendimentos, procedimentos, visitas domiciliares, atividades coletivas e demais ações desenvolvidas pelas equipes, garantindo a rastreabilidade das informações e a fidedignidade da produção assistencial.

As informações registradas serão processadas e transmitidas ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), assegurando a consolidação da produção assistencial, o acompanhamento dos indicadores de desempenho, o monitoramento dos resultados alcançados e o atendimento às exigências do financiamento federal da Atenção Primária à Saúde.

A gestão manterá permanente atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assegurando a consistência das informações referentes às unidades, equipes, profissionais e serviços ofertados, em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde e com as exigências dos sistemas oficiais de informação.

O monitoramento dos indicadores da Atenção Primária será incorporado à rotina gerencial, utilizando painéis de acompanhamento e ferramentas de análise que subsidiem a avaliação da qualidade assistencial, da produtividade das equipes e do alcance das metas estabelecidas pelo Município. A utilização sistemática desses indicadores permitirá identificar oportunidades de melhoria, apoiar a tomada de decisão e fortalecer a gestão orientada por resultados.

A produção assistencial será acompanhada de forma contínua por meio de processos de auditoria, validação dos registros, análise de consistência das informações e monitoramento dos sistemas oficiais, assegurando confiabilidade

dos dados, transparência da gestão e conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde.

4.2 Unidades Básicas de Saúde

O Lote 1 compreende a gestão, operacionalização e execução dos serviços de Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde relacionadas no Termo de Referência, organizadas de acordo com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Equipe de Atenção Primária (eAP), em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e com a organização da Rede Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

A rede assistencial apresenta características distintas entre as unidades, contemplando diferentes quantitativos de Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Equipes de Atenção Primária (eAP), bem como horários de funcionamento compatíveis com as necessidades assistenciais do território. Essa configuração permite ampliar o acesso da população aos serviços, fortalecer a territorialização das ações e assegurar maior capacidade de resposta às demandas de saúde da comunidade.

A distribuição das equipes e a organização funcional das unidades refletem o planejamento assistencial definido pelo Município, considerando a cobertura populacional, as características epidemiológicas dos territórios e a necessidade de garantir assistência integral, contínua e resolutiva aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá a gestão das unidades preservando sua organização assistencial, observando as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e promovendo a integração entre as equipes, a qualificação dos processos de trabalho, o monitoramento dos indicadores e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

A tabela a seguir apresenta a relação das Unidades Básicas de Saúde integrantes do Lote 1, sua organização por equipes assistenciais e os

respectivos horários de funcionamento, conforme estabelecido no Termo de Referência.

ORDEM	NOME DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Nº DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	Nº DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (ESB)	Nº DE EQUIPES EAP	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
1	UBS/ESF Vila São Paulo	8	2	0	Segunda à sexta-feira das 07h às 21 horas.
2	UBS/ESF Santo Antônio	8	2 1 (10 H) SAB	0	Segunda à sexta-feira das 07h às 21h e sábado das 08h às 17 horas.
3	UBS/ESF Antônio Nhan	4	1	0	Segunda à sexta-feira das 07h às 17 horas.
4	UBS/ESF Vila Margarida	5	1 1 (10 H) SAB	0	Segunda à sexta-feira das 07h às 21h e sábado das 08h às 17 horas.
5	UBS/ESF Jardim Yone	5	1	0	Segunda à sexta-feira das 07h às 17 horas.
6	UBS CDHU	0	1(20h) 1(40h)	4	Segunda à sexta-feira das 07h às 21 horas.
7	UBS CSII	0	2 (20h) 2(40h) 1 (10 H) SAB	4	Segunda à sexta-feira das 07h às 21h e sábado das 08h às 17 horas.
8	UBS JARDIM CASTELO	0	2 (20h) 1(40h)	4	Segunda à sexta-feira das 07h às 17 horas.
TOTAL EQUIPES		30	11 (40h) 5 (20h)	12	

Fonte: Edital de Chamamento Público nº 001/SMS/2026

4.3 Tipos de Equipes Assistenciais

A execução dos serviços de Atenção Primária à Saúde será estruturada por meio das equipes assistenciais previstas no Termo de Referência e organizadas em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A composição e organização dessas equipes asseguram a oferta de atenção integral, contínua, territorializada e coordenada, observando as necessidades de saúde da população e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde.

Em atendimento às disposições do Edital, o Lote 1 contempla a operacionalização de **30 Equipes de Saúde da Família (eSF)**, **16 Equipes de Saúde Bucal (eSB)**, sendo **11 equipes com carga horária de 40 horas semanais** e **5 equipes com carga horária de 20 horas semanais**, além de **12 Equipes de Atenção Primária (eAP)**, distribuídas nas Unidades Básicas de Saúde conforme planejamento assistencial definido pelo Município.

Equipe de Saúde da Família (eSF)

A Estratégia Saúde da Família constitui o modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde, sendo responsável pelo acompanhamento da população adscrita em território definido. As equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência clínica, vigilância em saúde, reabilitação, educação em saúde e coordenação do cuidado, fortalecendo o vínculo entre os profissionais, os usuários, as famílias e a comunidade.

Conforme estabelece o Termo de Referência, a CONTRATADA manterá as Equipes de Saúde da Família devidamente habilitadas e ativas junto ao Ministério da Saúde, observando os requisitos da Portaria GM/MS nº 2.436/2017 e demais normativas vigentes.

Equipe de Saúde Bucal (eSB)

As Equipes de Saúde Bucal integram a Estratégia Saúde da Família, ampliando a integralidade da assistência por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde bucal. Sua atuação ocorre de forma articulada com as demais equipes da Atenção Primária, contribuindo para a qualificação do cuidado e para a melhoria das condições de saúde da população.

A organização das equipes observará as modalidades e cargas horárias previstas no Termo de Referência, assegurando a adequada cobertura assistencial nas unidades contempladas pelo contrato.

Equipe de Atenção Primária (eAP)

As Equipes de Atenção Primária constituem modalidade assistencial prevista na Política Nacional de Atenção Básica e desempenham papel complementar na ampliação do acesso aos serviços de saúde, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência clínica, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado, de acordo com as necessidades do território e as diretrizes estabelecidas pelo Município.

Assim como as equipes da Estratégia Saúde da Família, as eAP permanecerão habilitadas junto ao Ministério da Saúde, atendendo às exigências da Portaria GM/MS nº 2.436/2017 e às demais normas aplicáveis à execução dos serviços.

Em conformidade com o Termo de Referência, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá todas as equipes regularmente constituídas, habilitadas e em funcionamento, assegurando o atendimento aos requisitos técnicos, assistenciais e legais estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

O dimensionamento dos profissionais, a composição das equipes, a distribuição por categoria profissional, a carga horária, os critérios de substituição, a política de desenvolvimento de pessoas e as diretrizes para a gestão dos recursos humanos encontram-se detalhados no **Item 7 – E2: Descrição sobre Recursos Humanos**, em conformidade com as exigências do Edital e seus anexos.

A fundamentação apresentada neste capítulo consolida os referenciais conceituais, normativos e assistenciais que orientam a execução do objeto deste Chamamento Público, bem como caracteriza a estrutura da rede de Atenção Primária à Saúde contemplada no Lote 1. A partir desses referenciais, os capítulos subsequentes apresentam, de forma sistematizada e em conformidade com os critérios de julgamento estabelecidos no Edital, a proposta técnica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para a operacionalização dos serviços, abrangendo os eixos temáticos, metodologias, programas, processos de trabalho e demais componentes previstos no Termo de Referência.

5 TÍTULO

Plano de Trabalho para o gerenciamento e operacionalização da “**I. LOTE I - GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DESTINADAS À ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, conforme Edital de

Chamamento Público nº. 001/SMS/2026 e Processo Administrativo nº. 8209/2026 para seleção entidade sem fins lucrativos qualificada como Organização Social na área da saúde para prestação de serviços junto ao na área de Saúde no Município Ferraz de Vasconcelos.

6 E1. INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES A SEREM EXECUTADAS DE ACORDO COM O OBJETO

O presente capítulo apresenta a metodologia de atuação que orientará a execução do objeto deste Chamamento Público, demonstrando o modelo de gestão adotado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para assegurar o alcance da finalidade pretendida pela Contratante. Mais do que descrever atividades isoladas, esta metodologia estabelece a forma pela qual os processos assistenciais, administrativos e de apoio serão organizados, integrados, monitorados e continuamente aperfeiçoados durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

A metodologia foi concebida com fundamento nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica, na legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e nas exigências estabelecidas pelo Edital, estruturando um modelo de gestão orientado por planejamento, padronização de processos, integração multiprofissional, governança, gestão por resultados, transparência e melhoria contínua.

Seu propósito é assegurar o funcionamento integral e qualificado da rede municipal de Atenção Básica, mediante adequada gestão dos recursos públicos, organização eficiente dos processos assistenciais e administrativos, fortalecimento da coordenação do cuidado, cumprimento das metas contratuais e oferta de serviços acessíveis, contínuos, resolutivos, humanizados e territorializados à população de Ferraz de Vasconcelos.

Para garantir a efetiva operacionalização desse modelo, a metodologia encontra-se estruturada em oito eixos metodológicos integrados, que representam os pilares da gestão institucional e estabelecem as diretrizes para organização das atividades, definição das responsabilidades, padronização dos

processos, monitoramento dos resultados e aperfeiçoamento contínuo dos serviços.

Cada eixo metodológico será detalhado, nos capítulos subsequentes desta Proposta de Trabalho, por meio da apresentação dos respectivos fluxos operacionais, normas, rotinas, regimentos, manuais, instrumentos de gestão e mecanismos de monitoramento, evidenciando as particularidades de cada processo e demonstrando, de forma integrada, a capacidade técnico-operacional da Irmandade para executar o objeto contratual com eficiência, qualidade, segurança, transparência e conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.1 A. Descrição sobre as atividades a serem executadas, de acordo com objeto do lote a ser disputado, de tal forma que alcance a consecução da finalidade pretendida pela Contratante, demonstrando a metodologia de atuação.

METODOLOGIA DE ATUAÇÃO PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta metodologia de atuação desenvolvida para assegurar a consecução da finalidade pretendida pela Contratante, consistente no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família do Município de Ferraz de Vasconcelos.

A metodologia proposta foi concebida para garantir o funcionamento integral e qualificado da rede municipal de Atenção Básica, mediante gestão eficiente dos recursos públicos, organização dos processos assistenciais e administrativos, atuação integrada das equipes multiprofissionais, cumprimento das metas pactuadas, observância dos princípios do Sistema Único de Saúde e prestação de assistência acessível, contínua, resolutiva, humanizada e territorializada à população.

Para alcançar essa finalidade, a execução contratual será estruturada sobre oito eixos metodológicos integrados, os quais organizam todos os processos previstos neste Plano de Trabalho e estabelecem os mecanismos necessários para assegurar qualidade, eficiência, segurança, transparência e melhoria contínua dos serviços.

RESUMO DOS EIXOS METODOLÓGICOS E DAS FINALIDADES ATENDIDAS

	EIXO METODOLÓGICO	FINALIDADE ATENDIDA
I	 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL	Assegura a organização dos serviços, a territorialização das ações, a integração entre os processos e o alinhamento às diretrizes do SUS e às necessidades de saúde do Município.
II	 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS	Garante cuidado integral, contínuo, resolutivo e humanizado, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, coordenação do cuidado e integração à Rede de Atenção à Saúde.
III	 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E DE APOIO	Assegura a continuidade operacional das unidades por meio da gestão eficiente dos recursos, dos serviços de apoio e dos processos administrativos essenciais à execução contratual.
IV	 PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS	Promove segurança, uniformidade e qualidade na execução das atividades por meio de normas, regimentos, manuais, protocolos e fluxos padronizados.
V	 GESTÃO DE PESSOAS E INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES	Fortalece a atuação integrada das equipes, a educação permanente, a supervisão técnica e a cultura institucional voltada à qualidade, à humanização e à melhoria contínua.
VI	 MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA	Permite acompanhar o desempenho, verificar cumprimento das metas, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações corretivas e preventivas com base em evidências.
VII	 GOVERNANÇA, TRANSPARÊNCIA E CONTROLE	Assegura legalidade, transparência, responsabilidade na aplicação dos recursos públicos, prestação de contas e atendimento às exigências da Contratante e dos órgãos de controle.
VIII	 GESTÃO DE RISCOS E MELHORIA CONTÍNUA	Identifica, avalia e trata riscos assistenciais, administrativos e operacionais, reduzindo a probabilidade de falhas, fortalecendo a segurança dos processos e promovendo a melhoria contínua dos serviços.

I. Planejamento e Organização da Rede Assistencial

A execução das atividades terá início com a organização dos processos de trabalho das unidades, observando as características epidemiológicas, territoriais e assistenciais do Município, o dimensionamento das equipes, a capacidade instalada, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica.

O planejamento contemplará a definição das responsabilidades das equipes, organização das agendas assistenciais, integração entre os serviços, fluxos internos e externos, utilização dos sistemas oficiais de informação e estabelecimento dos mecanismos necessários para garantir continuidade da assistência durante toda a vigência contratual.

Esse eixo assegura que a assistência seja organizada de forma estruturada, evitando fragmentação dos processos e fortalecendo a Atenção Básica como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

II. Organização dos Processos Assistenciais

Os processos assistenciais serão desenvolvidos de forma integrada entre as equipes multiprofissionais, assegurando acolhimento, acesso qualificado, longitudinalidade do cuidado, promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência clínica, reabilitação, acompanhamento dos usuários e articulação permanente com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A metodologia privilegia a atuação interdisciplinar, a utilização de protocolos assistenciais, a coordenação do cuidado e a integração entre assistência, vigilância em saúde e ações comunitárias, buscando ampliar a resolutividade da Atenção Primária e reduzir encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção.

Esse eixo contribui diretamente para a melhoria da qualidade assistencial, da satisfação dos usuários e dos indicadores de saúde do Município.

III. Organização dos Processos Administrativos e de Apoio

A sustentação da assistência dependerá da organização eficiente dos processos administrativos e dos serviços de apoio, compreendendo gestão documental, faturamento, almoxarifado, patrimônio, logística de suprimentos, limpeza e higienização, manutenção predial, gestão dos contratos administrativos e demais atividades indispensáveis ao funcionamento das unidades.

Todos esses processos serão desenvolvidos mediante fluxos padronizados, definição de responsabilidades, mecanismos de rastreabilidade, registros formais e controles internos, assegurando conformidade legal, regularidade administrativa e utilização racional dos recursos públicos.

Esse eixo garante que as equipes assistenciais disponham das condições operacionais necessárias para execução segura e contínua das atividades.

IV. Padronização dos Processos Institucionais

A metodologia prevê a implantação de instrumentos normativos destinados à padronização da execução contratual, compreendendo regimentos internos, normas técnicas, manuais administrativos, protocolos assistenciais, procedimentos operacionais padronizados e fluxos institucionais.

Esses instrumentos estabelecerão critérios uniformes para execução das atividades, definição das competências dos profissionais, comunicação entre os setores, tratamento das não conformidades, organização dos registros e monitoramento dos processos.

A padronização reduz variabilidades, fortalece a segurança dos processos e proporciona maior previsibilidade da execução contratual.

V. Gestão de Pessoas e Integração das Equipes

A metodologia reconhece que a qualidade dos serviços depende da adequada organização das equipes multiprofissionais.

Serão adotados mecanismos permanentes de integração entre os profissionais, definição clara das atribuições, educação permanente, supervisão técnica, avaliação dos processos de trabalho e fortalecimento da cultura institucional voltada para qualidade, segurança do paciente, humanização e melhoria contínua.

A atuação integrada das equipes favorece maior resolutividade da assistência, reduz falhas operacionais e fortalece a coordenação do cuidado.

VI. Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua

O acompanhamento da execução contratual será realizado por meio de indicadores assistenciais, operacionais, administrativos e financeiros, permitindo

verificar o desempenho das unidades, cumprimento das metas pactuadas, qualidade dos serviços prestados e eficiência da gestão.

Os resultados obtidos subsidiarão análises gerenciais periódicas, identificação de oportunidades de melhoria, elaboração de planos de ação, implementação de medidas corretivas e preventivas e revisão contínua dos processos de trabalho.

Essa metodologia permite que a gestão seja orientada por evidências e não apenas pela execução das rotinas administrativas.

VII. Governança, Transparência e Controle da Execução Contratual

Todo o modelo de atuação será desenvolvido sob princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência e responsabilidade na aplicação dos recursos públicos.

A execução contratual será acompanhada mediante mecanismos de governança, controles internos, prestação de contas, auditorias, monitoramento contratual, rastreabilidade documental e disponibilização das informações necessárias ao acompanhamento pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle.

Esse eixo assegura que os resultados assistenciais sejam alcançados com observância dos princípios da Administração Pública e das exigências estabelecidas no Contrato de Gestão.

VIII. Gestão de Riscos e Melhoria Contínua

A metodologia de atuação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo incorpora a Gestão de Riscos e a Melhoria Contínua como instrumentos permanentes de fortalecimento da governança e de qualificação da execução contratual, compreendendo que a prevenção de falhas, a antecipação de riscos e o aperfeiçoamento sistemático dos processos constituem elementos essenciais para assegurar a continuidade dos serviços, a segurança das operações, a adequada aplicação dos recursos públicos e o alcance da finalidade pretendida pela Contratante.

A gestão de riscos será desenvolvida de forma integrada aos processos assistenciais, administrativos e de apoio, mediante identificação, análise, avaliação, classificação, tratamento e monitoramento dos eventos que possam comprometer a qualidade da assistência, a continuidade operacional, o cumprimento das metas contratuais, a conformidade legal ou a eficiência da gestão.

Os riscos serão avaliados de acordo com sua natureza, probabilidade de ocorrência, impacto potencial e criticidade, permitindo o estabelecimento de prioridades para implementação das medidas preventivas, corretivas ou mitigadoras, observando os princípios da razoabilidade, eficiência e melhoria contínua dos processos institucionais.

Esse processo contemplará, entre outros, riscos relacionados à assistência à saúde, segurança do paciente, disponibilidade de recursos humanos, abastecimento de insumos estratégicos, infraestrutura física, equipamentos, sistemas de informação, registros assistenciais, faturamento, gestão documental, conformidade regulatória, prestação de contas, execução financeira e demais aspectos capazes de interferir na adequada execução do Contrato de Gestão.

Como parte dessa metodologia, as não conformidades identificadas por meio das supervisões técnicas, auditorias, monitoramento de indicadores, manifestações da Ouvidoria, avaliações institucionais ou apontamentos dos órgãos de controle serão registradas, analisadas e tratadas mediante elaboração de planos de ação específicos, contendo definição das medidas corretivas, responsáveis pela execução, prazos de implementação e mecanismos de acompanhamento da efetividade das ações adotadas.

A melhoria contínua será conduzida de forma sistemática, utilizando os resultados obtidos pelos indicadores assistenciais, operacionais, administrativos e financeiros como instrumentos para revisão dos processos de trabalho, aperfeiçoamento das rotinas institucionais e fortalecimento da capacidade operacional das unidades. As análises gerenciais subsidiarão a tomada de decisão baseada em evidências, favorecendo a atualização permanente das

práticas de gestão e a adoção de soluções voltadas ao incremento da eficiência, qualidade e resolutividade dos serviços.

A metodologia prevê, ainda, a realização periódica de avaliações dos processos institucionais, permitindo verificar a efetividade das ações implementadas, identificar oportunidades de aperfeiçoamento e promover a revisão das normas, fluxos, protocolos e procedimentos operacionais sempre que necessário, assegurando que a organização acompanhe as necessidades assistenciais do Município, as alterações normativas e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, a Gestão de Riscos e a Melhoria Contínua deixam de constituir atividades isoladas e passam a integrar o modelo institucional de gestão, fortalecendo a governança, aumentando a confiabilidade dos processos, reduzindo a ocorrência de falhas, ampliando a capacidade de resposta da organização e contribuindo para a prestação de serviços cada vez mais seguros, eficientes, transparentes e alinhados aos objetivos do Contrato de Gestão.

Considerações Finais da Metodologia

A integração desses oito eixos metodológicos permite que os processos assistenciais, administrativos e de apoio funcionem de forma coordenada e complementar, assegurando que cada atividade desenvolvida contribua para o alcance da finalidade pretendida pela Contratante.

Os capítulos apresentados na sequência detalham os instrumentos técnicos que operacionalizam essa metodologia, compreendendo os fluxos institucionais, a organização dos serviços, os regimentos internos, os manuais operacionais, a logística de suprimentos, os mecanismos de monitoramento e os indicadores de desempenho. Esses instrumentos não constituem ações isoladas, mas componentes de um modelo integrado de gestão concebido para garantir a continuidade dos serviços, a eficiência administrativa, a qualidade da assistência, a adequada aplicação dos recursos públicos e o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Observação Geral

Os eixos metodológicos apresentados constituem a base do modelo de gestão adotado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para a execução do objeto deste Chamamento Público. Cada eixo representa um conjunto integrado de diretrizes que orientará a organização dos processos assistenciais, administrativos e de apoio, demonstrando a forma pela qual a Instituição pretende alcançar a finalidade estabelecida pela Contratante.

Os subitens apresentados na sequência detalham os instrumentos técnicos, operacionais e gerenciais que materializam cada um dos eixos metodológicos ora descritos, contemplando suas particularidades, responsabilidades, fluxos, normas, rotinas e mecanismos de monitoramento. Dessa forma, o conteúdo subsequente não constitui capítulos independentes, mas sim o desdobramento operacional da metodologia de atuação proposta, evidenciando a aplicação prática do modelo de gestão e sua capacidade de assegurar a execução qualificada, contínua e eficiente dos serviços, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as exigências do Edital, do Contrato de Gestão e da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

6.1.1 A.1. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

Diretrizes Gerais de Gestão Documental

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará diretrizes institucionais de gestão documental destinadas à padronização dos processos de produção, recebimento, conferência, registro, tramitação, armazenamento, consulta, arquivamento e destinação final dos documentos assistenciais, administrativos, financeiros e gerenciais produzidos durante a execução do Contrato de Gestão.

A gestão documental será estruturada de forma a assegurar a integridade, autenticidade, rastreabilidade, confidencialidade, disponibilidade e preservação das informações institucionais, observando a legislação vigente,

as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, as normas arquivísticas aplicáveis, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018) e os princípios da Administração Pública.

Todos os documentos produzidos ou recebidos no âmbito da execução contratual seguirão fluxos padronizados de identificação, classificação, registro, tramitação, guarda, consulta e destinação final, garantindo a organização do acervo documental e a pronta disponibilização das informações sempre que solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos órgãos de controle interno e externo, pelas auditorias e demais autoridades competentes.

A organização documental permitirá a recuperação rápida das informações assistenciais e administrativas, preservando o histórico dos registros, assegurando a continuidade dos processos de trabalho e subsidiando as atividades de fiscalização, monitoramento contratual, auditoria, prestação de contas e avaliação dos serviços executados.

Fluxos para Registros e Documentos

Objetivo

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a presente proposta de Fluxos para Registros e Documentos com a finalidade de estabelecer diretrizes para organização, padronização, controle, rastreabilidade e gerenciamento das informações produzidas durante a execução do Contrato de Gestão, assegurando a integridade, autenticidade, disponibilidade, confidencialidade e recuperação dos registros assistenciais e administrativos.

A gestão documental será estruturada de forma integrada aos processos operacionais da Unidade, contemplando desde a produção dos registros decorrentes do atendimento aos usuários até a gestão dos documentos administrativos, financeiros, gerenciais e de apoio, garantindo a adequada circulação das informações, a padronização dos procedimentos, a segurança dos dados e o atendimento às exigências legais e contratuais.

Os fluxos documentais serão organizados para assegurar que todas as informações produzidas possuam identificação, registro, tramitação, armazenamento, consulta, arquivamento e destinação final definidos, possibilitando o acompanhamento integral do ciclo documental, a pronta localização dos registros e o suporte às atividades assistenciais, administrativas, de auditoria, fiscalização, monitoramento e prestação de contas.

A gestão dos registros observará as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, a legislação arquivística aplicável, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018), as normas dos Conselhos Profissionais, os princípios da Administração Pública e as demais normas aplicáveis ao Sistema Único de Saúde, assegurando a preservação das informações institucionais e a proteção dos dados pessoais tratados durante a execução contratual.

Para fins de organização dos processos documentais, a presente proposta está estruturada em dois grandes eixos: Fluxos de Registros e Documentos dos Usuários, abrangendo todos os registros decorrentes da assistência prestada ao cidadão, e Fluxos de Registros e Documentos Administrativos, compreendendo os documentos relacionados às atividades de gestão, apoio administrativo, recursos humanos, suprimentos, faturamento, prestação de contas e demais processos necessários à adequada execução do Contrato de Gestão.

O Registro de Documentos na Atenção Primária

A organização dos fluxos para registros e documentos dos usuários e administrativos constitui instrumento essencial para assegurar a padronização dos processos de trabalho, a continuidade da assistência, a rastreabilidade das informações e a adequada execução do Contrato de Gestão das Unidades de Atenção Primária à Saúde integrantes do Lote 1. A gestão documental será desenvolvida de forma integrada às atividades assistenciais, administrativas e gerenciais, contemplando todas as etapas relacionadas à produção, registro, tramitação, armazenamento, recuperação, arquivamento e destinação final dos documentos gerados no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.

Os fluxos propostos abrangem os registros decorrentes do acolhimento, consultas, atendimentos multiprofissionais, procedimentos, imunização, visitas domiciliares, ações coletivas, encaminhamentos, regulação, vigilância em saúde e demais atividades desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e pelos serviços de apoio, garantindo que todas as informações sejam produzidas de forma íntegra, padronizada e em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde.

A gestão documental observará as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018), das normas arquivísticas aplicáveis e das orientações da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, assegurando a confidencialidade, autenticidade, disponibilidade e integridade das informações assistenciais e administrativas.

Além de subsidiar a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, os registros documentais constituirão importante ferramenta para monitoramento dos indicadores assistenciais, processamento da produção, faturamento, auditorias, prestação de contas, fiscalização contratual e avaliação do desempenho das Unidades, fortalecendo a governança, a transparência e a qualidade da gestão dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, a sistematização dos fluxos documentais contribuirá para a organização dos processos institucionais, a segurança das informações e o cumprimento das obrigações previstas no Edital e no Contrato de Gestão do Lote 1.

6.1.1.1 Fluxos de Registros e Documentos dos Usuários

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um modelo estruturado de gestão dos registros e documentos dos usuários, compreendendo o conjunto de procedimentos destinados à produção, validação, utilização, circulação, armazenamento,

recuperação e guarda das informações geradas durante toda a jornada assistencial. O modelo proposto tem como finalidade assegurar que cada atendimento realizado produza registros íntegros, padronizados, rastreáveis e disponíveis para continuidade do cuidado, monitoramento da assistência, regulação do acesso, faturamento dos procedimentos, auditorias e fiscalização contratual.

Os registros assistenciais constituem documentos oficiais da assistência prestada e representam o principal instrumento de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, permitindo o compartilhamento seguro das informações clínicas, a continuidade terapêutica, a demonstração das condutas adotadas, a produção dos indicadores assistenciais e a comprovação da execução das ações contratualizadas perante a Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os documentos relacionados ao usuário serão produzidos mediante fluxos padronizados, iniciando-se com sua identificação e cadastro nos sistemas institucionais, prosseguindo com o registro cronológico dos atendimentos, procedimentos, prescrições, solicitações de exames, encaminhamentos, evoluções multiprofissionais, registros de regulação, altas e demais eventos assistenciais, encerrando-se com os procedimentos de arquivamento, preservação e recuperação das informações, respeitados os prazos legais de guarda e as normas aplicáveis.

A metodologia proposta assegura que cada informação registrada possua origem identificável, profissional responsável, data, horário e histórico de alterações, permitindo completa rastreabilidade documental e possibilitando a reconstituição integral do percurso assistencial do usuário sempre que necessária para fins clínicos, administrativos, legais, regulatórios ou de auditoria.

Os registros serão realizados preferencialmente em sistemas informatizados adotados pela Secretaria Municipal de Saúde ou por ela autorizados, observando critérios de interoperabilidade, integridade das bases de dados e disponibilidade das informações, permitindo a integração com os sistemas oficiais utilizados pelo Município, evitando duplicidade de registros e

assegurando consistência entre as informações assistenciais, os sistemas de regulação, a produção ambulatorial e hospitalar e os mecanismos de monitoramento contratual.

A gestão documental dos usuários observará rigorosamente os princípios da confidencialidade, privacidade, segurança da informação e proteção de dados pessoais, mediante definição de perfis de acesso, autenticação dos usuários dos sistemas, registro das operações realizadas, mecanismos de rastreabilidade, cópias de segurança, preservação do acervo documental e demais controles destinados à proteção das informações assistenciais, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), com as normas dos Conselhos Profissionais e com a legislação aplicável ao prontuário do paciente.

A estruturação dos fluxos apresentada neste Plano de Trabalho contempla todas as etapas relacionadas aos documentos dos usuários, abrangendo desde sua identificação e cadastramento até a guarda definitiva dos registros assistenciais, assegurando que as informações produzidas durante a execução contratual permaneçam organizadas, acessíveis, auditáveis e permanentemente disponíveis para subsidiar a assistência, a gestão, a prestação de contas e os processos de avaliação conduzidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle.

Identificação, Cadastro e Atualização dos Usuários

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará fluxo padronizado para identificação, cadastramento e atualização cadastral dos usuários, garantindo a correta individualização do atendimento, a integridade das informações registradas e a adequada vinculação de todos os atos assistenciais ao respectivo prontuário.

O processo de identificação terá início no primeiro contato do usuário com a Unidade, oportunidade em que serão realizados o acolhimento inicial, a conferência dos documentos de identificação e a validação dos dados

cadastrais necessários ao atendimento, observando os protocolos institucionais e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sempre que disponível, serão utilizados os identificadores oficiais do usuário, tais como Cartão Nacional de Saúde (CNS), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e demais informações exigidas pelos sistemas oficiais utilizados pelo Município, reduzindo duplicidades cadastrais e assegurando a correta vinculação das informações assistenciais aos bancos de dados institucionais.

Nos atendimentos subsequentes, o cadastro será submetido à conferência e atualização rotineira, contemplando endereço, telefones de contato, responsável legal quando aplicável, dados complementares relevantes ao atendimento e demais informações necessárias para manutenção da consistência da base cadastral.

Concluída a etapa de identificação, o usuário será registrado nos sistemas informatizados adotados pela Secretaria Municipal de Saúde ou por ela disponibilizados, possibilitando a abertura do atendimento e a vinculação automática dos registros clínicos, administrativos e assistenciais produzidos durante toda a permanência na Unidade.

A identificação correta do usuário constituirá requisito obrigatório para emissão de documentos assistenciais, solicitações de exames, prescrições, procedimentos, encaminhamentos, registros de regulação, produção ambulatorial e demais documentos decorrentes da assistência, assegurando unicidade do prontuário, rastreabilidade documental e consistência das informações encaminhadas aos sistemas oficiais.

Sempre que identificadas inconsistências cadastrais, homônimos, duplicidade de registros ou divergências de identificação, o fluxo preverá procedimentos específicos para validação das informações antes da continuidade do atendimento, preservando a segurança do paciente, a confiabilidade dos registros institucionais e a qualidade das bases de dados utilizadas para assistência, faturamento, regulação e monitoramento contratual.

Os registros de identificação e cadastro permanecerão disponíveis para consulta pelos profissionais autorizados, respeitados os perfis de acesso definidos institucionalmente, garantindo que todas as alterações cadastrais

permaneçam registradas, permitindo o acompanhamento do histórico das modificações realizadas e assegurando completa rastreabilidade das informações.

Fluxo Operacional de Identificação e Cadastro dos Usuários	
Etapa	Descrição
1. Recepção e Acolhimento	Recebimento do usuário e identificação da demanda assistencial.
2. Conferência Documental	Verificação dos documentos de identificação e dos dados obrigatórios para o atendimento.
3. Cadastro ou Atualização Cadastral	Inclusão ou atualização das informações nos sistemas oficiais e institucionais.
4. Validação das Informações	Conferência de consistência dos dados, identificação de duplicidades e correção de eventuais inconsistências.
5. Vinculação ao Atendimento	Associação do cadastro ao episódio assistencial e abertura dos registros clínicos correspondentes.
6. Disponibilização do Prontuário	Liberação do registro para utilização pelos profissionais autorizados durante toda a assistência.

Registro Assistencial e Prontuário do Usuário

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará o prontuário do usuário como documento oficial, único e longitudinal da assistência prestada, destinado ao registro cronológico, completo e fidedigno de todas as informações produzidas durante o atendimento, assegurando a continuidade do cuidado, a comunicação entre os profissionais, a segurança do paciente e a rastreabilidade integral das condutas assistenciais.

Os registros assistenciais serão realizados de forma tempestiva, individualizada, objetiva, legível e tecnicamente fundamentada, contemplando todos os atos decorrentes da assistência prestada pelas equipes multiprofissionais, observando as normas éticas dos respectivos Conselhos Profissionais, a legislação vigente e os protocolos institucionais estabelecidos para a Unidade.

O prontuário reunirá, de forma organizada e integrada, os documentos produzidos ao longo do atendimento, permitindo a reconstrução integral da trajetória assistencial do usuário, desde sua admissão até o encerramento do episódio de atendimento, constituindo importante instrumento para suporte às decisões clínicas, monitoramento dos resultados assistenciais, auditorias, regulação do acesso, faturamento dos procedimentos e avaliação da execução contratual.

Serão registrados, sempre que aplicável:

- Identificação do usuário;
- Motivo do atendimento;
- Classificação de risco, quando pertinente;
- Anamnese e exame clínico;
- Evoluções médicas, de enfermagem e dos demais profissionais de saúde;
- Diagnósticos e hipóteses diagnósticas;
- Prescrições;
- Administração de medicamentos;
- Procedimentos realizados;
- Solicitação e resultados de exames;
- Encaminhamentos internos e externos;
- Registros de observação clínica;
- Orientações prestadas ao usuário;
- Condições de alta, transferência ou encaminhamento;
- Demais documentos relacionados ao episódio assistencial.

Sempre que os sistemas informatizados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde permitirem, os registros serão realizados em prontuário eletrônico, utilizando mecanismos de autenticação dos profissionais, identificação individual dos usuários dos sistemas, controle de versões, registro das alterações realizadas e demais funcionalidades que assegurem autenticidade, integridade, disponibilidade e rastreabilidade das informações.

Os registros eletrônicos observarão os requisitos técnicos e legais aplicáveis à certificação, assinatura eletrônica, armazenamento e preservação

das informações em saúde, garantindo a validade dos documentos produzidos e sua utilização para fins assistenciais, administrativos, legais, regulatórios e de prestação de contas.

A produção documental assistencial será integrada aos sistemas oficiais utilizados pelo Município, permitindo consistência entre os registros clínicos, a produção assistencial, os sistemas de regulação, os mecanismos de faturamento e os indicadores utilizados para monitoramento do Contrato de Gestão, reduzindo retrabalho, inconsistências cadastrais e divergências entre as bases de dados.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá o monitoramento permanente da qualidade dos registros assistenciais, mediante orientação das equipes, análise da completude das informações, auditorias internas de prontuários, identificação de inconformidades documentais e implementação de ações corretivas e educativas, visando assegurar a conformidade dos registros com a legislação vigente, os protocolos institucionais e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Fluxo Operacional dos Registros Assistenciais

Etapa	Descrição
1. Abertura do Atendimento	Vinculação do episódio assistencial ao cadastro previamente validado do usuário.
2. Registro Inicial	Documentação do motivo da procura, avaliação inicial e demais informações pertinentes ao atendimento.
3. Produção dos Registros Assistenciais	Registro cronológico das avaliações, procedimentos, prescrições, exames, evoluções e demais atos assistenciais realizados pela equipe multiprofissional.
4. Atualização Contínua do Prontuário	Inclusão permanente das informações produzidas durante toda a permanência do usuário na Unidade, preservando a sequência cronológica dos registros.

5. Encerramento do Episódio Assistencial	Registro da alta, transferência, encaminhamento ou conclusão do atendimento, assegurando a completeza documental do prontuário.
6. Disponibilização e Guarda	Manutenção do prontuário para consulta autorizada, auditorias, faturamento, regulação, monitoramento contratual e arquivamento conforme a legislação aplicável.**

Gestão dos Documentos Assistenciais, Emissão, Arquivamento e Recuperação das Informações

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá procedimentos padronizados para organização, controle, arquivamento, preservação e recuperação dos documentos assistenciais, assegurando que todas as informações produzidas durante a assistência permaneçam íntegras, organizadas, disponíveis e protegidas durante todo o período de guarda estabelecido pela legislação vigente e pelas normas aplicáveis aos serviços de saúde.

A gestão documental compreenderá todas as etapas posteriores ao registro assistencial, contemplando a conferência da completeza dos documentos, a consolidação do prontuário, o controle da movimentação documental, a guarda física ou eletrônica, a recuperação das informações sempre que necessária e a destinação final dos documentos, observados os prazos legais de conservação e os procedimentos institucionais de descarte seguro.

Ao término de cada episódio assistencial, os registros produzidos serão submetidos à conferência quanto à sua consistência, identificação do usuário, identificação dos profissionais responsáveis, integridade das informações, sequência cronológica dos registros e demais requisitos necessários para composição do prontuário assistencial, reduzindo inconsistências que possam comprometer a continuidade do cuidado, o faturamento, as auditorias ou a fiscalização contratual.

lrm

Os documentos assistenciais permanecerão organizados de forma a permitir localização rápida e recuperação integral das informações sempre que demandadas para continuidade da assistência, atendimento de solicitações judiciais, auditorias internas e externas, processos de regulação, faturamento, comissões institucionais, órgãos fiscalizadores e demais situações previstas na legislação.

O acesso aos documentos assistenciais observará critérios de confidencialidade, necessidade funcional e perfil de acesso, sendo restrito aos profissionais autorizados, preservando o sigilo das informações clínicas e garantindo conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), com as normas éticas dos Conselhos Profissionais e com a legislação específica relativa ao prontuário do paciente.

Quando utilizados prontuários eletrônicos, a Irmandade adotará mecanismos de preservação digital que assegurem autenticidade, disponibilidade, rastreabilidade e integridade dos documentos arquivados, incluindo rotinas de backup, controle de versões, registro de acessos, recuperação das informações e medidas destinadas à continuidade operacional dos sistemas informatizados.

Nos casos em que houver necessidade de manutenção de documentos físicos, estes permanecerão armazenados em ambiente adequado, organizado e protegido contra deterioração, extravio, acesso não autorizado, incêndios, umidade e demais fatores capazes de comprometer a preservação do acervo documental.

A recuperação de documentos obedecerá fluxo institucional previamente definido, permitindo localização rápida por meio dos identificadores do usuário, número do prontuário, período de atendimento ou demais parâmetros de pesquisa disponíveis, assegurando agilidade no

atendimento às demandas assistenciais e administrativas sem comprometer a segurança das informações.

A Irmandade manterá mecanismos de monitoramento da gestão documental, contemplando verificações periódicas da organização do acervo, auditorias documentais, identificação de inconformidades, controle da movimentação dos prontuários e acompanhamento dos prazos legais de guarda, promovendo ações corretivas sempre que identificadas oportunidades de melhoria.

Fluxo Operacional da Gestão Documental Assistencial

Etapa	Descrição
1. Conferência da Documentação Assistencial	Verificação da completude dos registros, identificação do usuário, identificação dos profissionais e consistência das informações produzidas durante o atendimento.
2. Consolidação do Prontuário	Organização cronológica dos documentos e incorporação de todos os registros produzidos durante o episódio assistencial.
3. Arquivamento	Guarda física ou eletrônica do prontuário conforme os procedimentos institucionais e a legislação aplicável.
4. Controle de Acesso e Movimentação	Registro das consultas, empréstimos, movimentações e acessos realizados aos documentos assistenciais.
5. Recuperação das Informações	Localização e disponibilização dos documentos para continuidade da assistência, auditorias, fiscalização, processos judiciais ou demais solicitações autorizadas.
6. Destinação Final	Encerramento do ciclo documental mediante observância dos prazos legais de guarda e dos procedimentos institucionais para preservação ou descarte seguro da documentação.

Gestão dos Encaminhamentos, Exames e Regulação Assistencial

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá fluxo padronizado para emissão, registro,

acompanhamento e controle dos documentos relacionados aos encaminhamentos assistenciais, solicitações de exames, procedimentos especializados e processos de regulação, assegurando a continuidade do cuidado, a rastreabilidade das solicitações e a adequada integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Os documentos produzidos durante o processo de encaminhamento constituirão parte integrante do registro assistencial do usuário e serão elaborados de forma completa, legível, fundamentada e compatível com a condição clínica apresentada, contendo as informações necessárias para subsidiar a avaliação técnica pelos serviços reguladores e pelas unidades de referência.

Toda solicitação de consulta especializada, exame complementar, procedimento diagnóstico ou terapêutico, internação, transferência ou outro recurso assistencial regulado será registrada nos sistemas oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, observando os protocolos de acesso, critérios clínicos, diretrizes assistenciais e fluxos regulatórios vigentes.

O fluxo documental compreenderá a emissão da solicitação pelo profissional responsável, o registro da indicação clínica, a inserção das informações nos sistemas oficiais de regulação quando aplicável, o acompanhamento da situação da solicitação, a atualização do histórico do usuário e o registro da conclusão do processo, permitindo o monitoramento integral da trajetória assistencial até a efetivação do atendimento ou encerramento da demanda.

Os encaminhamentos realizados conterão informações suficientes para assegurar adequada comunicação entre os serviços de origem e de destino, contemplando, sempre que pertinente, identificação do usuário, hipótese diagnóstica ou diagnóstico estabelecido, resumo clínico, exames

realizados, tratamentos instituídos, justificativa técnica para o encaminhamento, classificação de prioridade quando prevista e demais elementos necessários para subsidiar a continuidade da assistência.

As solicitações de exames complementares observarão critérios técnicos e protocolos institucionais, permitindo o registro da indicação clínica, da data da solicitação, da execução do exame, da disponibilização do resultado e da ciência do profissional responsável, assegurando que todas as etapas permaneçam vinculadas ao prontuário do usuário e componham o histórico assistencial.

Os resultados de exames diagnósticos serão incorporados aos registros assistenciais, permitindo sua consulta pelos profissionais autorizados e subsidiando a definição das condutas clínicas, a revisão diagnóstica, o acompanhamento terapêutico e a avaliação da evolução do usuário.

A Irmandade promoverá o acompanhamento sistemático dos encaminhamentos pendentes, das solicitações em processamento e dos atendimentos regulados, utilizando os registros produzidos para identificar demandas pendentes, monitorar tempos de espera, apoiar a gestão do acesso e subsidiar análises gerenciais relacionadas ao desempenho da Rede de Atenção à Saúde.

As informações produzidas durante os processos de encaminhamento e regulação permanecerão integradas ao prontuário do usuário, preservando a cronologia dos eventos assistenciais e possibilitando a reconstituição integral da linha de cuidado, favorecendo a comunicação entre os serviços envolvidos, a continuidade da assistência, as auditorias clínicas e o monitoramento da execução contratual.

Segurança da Informação, Proteção de Dados e Interoperabilidade dos Sistemas

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos técnicos, administrativos e operacionais destinados à proteção das informações assistenciais, à preservação da integridade dos registros produzidos e à continuidade dos serviços informatizados utilizados durante a execução do Contrato de Gestão, assegurando que os dados dos usuários permaneçam protegidos durante todo o seu ciclo de vida.

A segurança da informação será tratada como componente estratégico da assistência e da gestão, abrangendo a produção, o processamento, a transmissão, o armazenamento, a recuperação e a eliminação das informações, mediante controles destinados a preservar a confidencialidade, a integridade, a disponibilidade, a autenticidade e a rastreabilidade dos registros institucionais.

Os sistemas informatizados utilizados na Unidade observarão mecanismos de autenticação individual dos usuários, controle de perfis de acesso, segregação de permissões conforme as atribuições funcionais, registro das operações realizadas, monitoramento de acessos e demais controles destinados a assegurar que cada profissional tenha acesso exclusivamente às informações necessárias ao exercício de suas atividades.

O tratamento dos dados pessoais e das informações em saúde observará as disposições da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), bem como a legislação específica aplicável aos registros em saúde, garantindo que a coleta, utilização, armazenamento, compartilhamento e eliminação das informações ocorram exclusivamente para finalidades relacionadas à assistência, à gestão dos serviços, ao cumprimento das obrigações legais, à execução contratual e às demais hipóteses legalmente autorizadas.

A Irmandade estabelecerá rotinas de proteção das bases de dados, contemplando cópias periódicas de segurança, procedimentos para recuperação das informações, controle de versões, preservação da integridade dos registros e medidas destinadas à continuidade operacional dos sistemas informatizados, reduzindo os riscos decorrentes de falhas tecnológicas, indisponibilidade dos sistemas, perda de informações ou eventos que possam comprometer a prestação dos serviços.

Os registros assistenciais e administrativos permanecerão protegidos contra alterações indevidas, exclusões não autorizadas, acessos incompatíveis com as atribuições funcionais, vazamentos de informações e demais incidentes relacionados à segurança da informação, sendo adotadas medidas corretivas sempre que identificadas vulnerabilidades ou inconformidades.

A interoperabilidade entre os sistemas utilizados pela Unidade e os sistemas oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde constituirá diretriz permanente da gestão documental, permitindo que as informações produzidas durante a assistência sejam compartilhadas de forma segura, íntegra e tempestiva, evitando duplicidade de registros, reduzindo retrabalho operacional e assegurando consistência entre as bases de dados utilizadas para assistência, regulação, monitoramento da produção, faturamento, indicadores e prestação de contas.

Os registros assistenciais e administrativos serão realizados, preferencialmente, por meio dos sistemas informatizados oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, observando os princípios da interoperabilidade, integridade, rastreabilidade e disponibilidade das informações. Para a operacionalização das ações da Atenção Primária à Saúde, serão utilizados, conforme a infraestrutura tecnológica disponibilizada pelo Município, o **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS APS)** ou outro sistema oficial adotado pela gestão municipal, bem como os sistemas nacionais correlatos, incluindo **SISAB, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** e **SIGTAP**, quando aplicáveis. A

utilização integrada dessas plataformas permitirá o adequado registro das ações assistenciais, cadastramento e acompanhamento longitudinal dos usuários, consolidação da produção das equipes, monitoramento dos indicadores de desempenho, processamento das informações para fins de faturamento e prestação de contas, além de subsidiar a avaliação das metas contratuais e a tomada de decisão pela gestão, assegurando conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com as normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sempre que houver atualização, substituição ou implantação de novos sistemas informatizados, a Irmandade adotará procedimentos destinados à preservação do acervo documental, à migração segura das informações, à validação da consistência dos dados transferidos e à manutenção da rastreabilidade dos registros históricos, garantindo que nenhuma informação assistencial ou administrativa seja comprometida durante os processos de transição tecnológica.

A gestão da segurança da informação será permanentemente monitorada por meio de verificações periódicas dos mecanismos de controle, avaliação dos registros de acesso, acompanhamento da disponibilidade dos sistemas, análise de incidentes, revisão dos perfis de acesso e implementação de ações preventivas e corretivas, promovendo o aperfeiçoamento contínuo dos processos relacionados à proteção das informações institucionais.

6.1.1.2 Fluxos de Registros e Documentos Administrativos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará modelo institucional de gestão dos registros e documentos administrativos destinado a assegurar a adequada formalização, tramitação, controle, arquivamento, recuperação e disponibilização das informações necessárias ao funcionamento da Unidade e ao cumprimento das obrigações decorrentes do Contrato de Gestão.

A gestão documental administrativa compreenderá todos os registros produzidos pelas áreas de apoio técnico, administrativo, financeiro, contábil, patrimonial, logística, suprimentos, recursos humanos, faturamento, qualidade, ouvidoria e governança, assegurando que cada documento possua origem identificável, fluxo previamente estabelecido, responsáveis definidos, mecanismos de rastreabilidade e condições adequadas de preservação durante todo o seu ciclo de vida.

Os documentos administrativos constituirão instrumentos formais de gestão, subsidiando o planejamento das atividades, a execução dos processos institucionais, a tomada de decisão, o monitoramento das metas contratuais, a prestação de contas, as auditorias internas e externas, a fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde e o atendimento aos órgãos de controle.

Toda documentação produzida durante a execução contratual observará critérios padronizados de emissão, identificação, protocolo, conferência, tramitação, validação, arquivamento e recuperação, garantindo uniformidade dos procedimentos, integridade das informações, autenticidade documental e pronta disponibilidade sempre que necessária para suporte às atividades operacionais e gerenciais.

Os registros administrativos serão produzidos de forma integrada aos sistemas informatizados utilizados pela Unidade, permitindo consistência entre os documentos físicos e eletrônicos, reduzindo retrabalho operacional, fortalecendo os mecanismos de controle interno e assegurando confiabilidade das informações utilizadas para gestão administrativa, financeira, assistencial e contratual.

A organização documental adotará mecanismos destinados ao controle das versões dos documentos institucionais, rastreabilidade das alterações realizadas, identificação dos responsáveis pela emissão e aprovação dos

documentos, preservação do histórico documental e controle dos prazos legais de guarda, contribuindo para maior segurança jurídica, administrativa e operacional durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

A estrutura apresentada a seguir contempla os principais fluxos documentais administrativos necessários à execução do objeto contratual, abrangendo desde a produção da documentação institucional até sua utilização para monitoramento, auditoria, fiscalização e prestação de contas, promovendo integração entre os diversos setores da Unidade e fortalecendo os mecanismos de governança, transparência e controle da gestão.

Fluxo Operacional da Documentação Administrativa

Etapa	Descrição
1. Recebimento ou Emissão do Documento	Produção interna ou recebimento de documento proveniente da Secretaria Municipal de Saúde, fornecedores, órgãos públicos ou demais instituições.
2. Protocolo e Registro	Registro formal da documentação, identificação do assunto, origem, responsável e setor destinatário.
3. Tramitação Administrativa	Encaminhamento ao setor competente para análise, manifestação ou adoção das providências necessárias.
4. Controle e Acompanhamento	Monitoramento dos prazos, registro das movimentações e acompanhamento das providências adotadas.
5. Conclusão do Processo	Formalização da resposta, decisão administrativa ou encerramento da demanda.
6. Arquivamento Institucional	Organização, classificação e guarda da documentação para futuras consultas, auditorias e fiscalização contratual.

Fluxos de Registros e Documentos

Gestão dos Registros Administrativos

A gestão dos registros administrativos compreenderá a documentação produzida e recebida durante a execução do Contrato de Gestão, abrangendo

processos relacionados ao expediente, protocolo, recursos humanos, suprimentos, patrimônio, contratos, faturamento, financeiro, contabilidade, qualidade, ouvidoria, prestação de contas e demais atividades administrativas da Unidade.

Todos os documentos serão submetidos a procedimentos padronizados de elaboração ou recebimento, registro, conferência, tramitação, validação, arquivamento e recuperação, assegurando a integridade das informações, a rastreabilidade dos processos e o atendimento às exigências legais, contratuais e institucionais.

A gestão documental permitirá o acompanhamento da movimentação dos processos administrativos, o controle dos prazos institucionais, a preservação do histórico documental e a pronta disponibilização das informações para suporte à gestão, auditorias, fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde e órgãos de controle.

Etapa	Descrição
Produção ou Recebimento	Elaboração interna ou recebimento da documentação administrativa.
Registro e Protocolo	Identificação, classificação e registro do documento.
Tramitação	Encaminhamento aos setores competentes para análise e providências.
Validação	Conferência e aprovação, quando aplicável.
Utilização	Emprego da documentação nos processos administrativos, financeiros e assistenciais.
Arquivamento	Guarda e recuperação dos documentos conforme normas institucionais e legislação vigente.

Controle e Arquivamento dos Documentos Administrativos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá sistema de controle documental destinado à organização, guarda, preservação e recuperação dos documentos administrativos produzidos durante a execução do Contrato de Gestão, assegurando sua disponibilidade, integridade e rastreabilidade.

Os documentos serão classificados conforme sua natureza e finalidade, observando critérios padronizados de identificação, indexação, temporalidade, guarda e destinação final, em conformidade com a legislação vigente e as normas institucionais.

O acesso aos documentos será restrito aos profissionais autorizados, conforme suas atribuições, garantindo a confidencialidade das informações e a preservação do histórico documental, permitindo sua consulta para atendimento às demandas administrativas, auditorias, fiscalização, prestação de contas e órgãos de controle.

Etapa	Descrição
Classificação	Organização dos documentos conforme natureza e assunto.
Indexação	Identificação para facilitar localização e rastreabilidade.
Guarda	Armazenamento físico ou eletrônico em ambiente adequado.
Consulta	Disponibilização aos setores autorizados quando necessário.
Destinação Final	Preservação ou descarte conforme prazos legais e normas institucionais.

2. Monitoramento da Gestão Documental

A gestão dos registros e documentos administrativos será monitorada continuamente, com o objetivo de assegurar a conformidade dos processos documentais, a observância dos prazos institucionais e o atendimento às exigências legais e contratuais.

Serão realizadas verificações periódicas quanto à organização dos documentos, regularidade dos registros, cumprimento dos fluxos estabelecidos e disponibilidade das informações, permitindo a identificação de oportunidades de melhoria e a implementação de ações corretivas sempre que necessário.

Esse monitoramento contribuirá para o fortalecimento da governança administrativa, da transparência institucional, da eficiência operacional e da adequada prestação de contas dos recursos públicos geridos pela Unidade.

6.1.2 A.2. Fluxo de Limpeza e Higienização

Consiste na contratação de empresa especializada para prestação de serviços de limpeza hospitalar, com fornecimento de mão de obra, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários à obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene, sob inteira responsabilidade da contratada em locais determinados da Unidade.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA (EMPRESA DE LIMPEZA HOSPITALAR) A Contratada além do fornecimento de mão de obra, dos saneantes domissanitários, materiais, e equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes no Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão de obra alocada para prestação dos serviços

- ✓ Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- ✓ Selecionar e preparar tecnicamente os funcionários que irão prestar os serviços, encaminhando os funcionários com os níveis de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- ✓ Capacitar o seu pessoal quanto ao uso racional da água, colaborando com medidas de redução de consumo e evitar o desperdício de água tratada;
- ✓ Manter todos os funcionários inclusive os da administração devidamente uniformizados. É obrigatório a identificação através de crachás no ato do início do trabalho, com fotografia recente e provendo-os dos equipamentos de proteção individual EPI's. Não será autorizada a permanência de funcionários sem identificação funcional, identificado como crachá;
- ✓ Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;
- ✓ Fornecer todos os equipamentos de segurança, materiais de higiene aos seus empregados no exercício de suas funções, bem como os equipamentos para os operadores de balancim;
- ✓ Realizar treinamento admissional. As reciclagens deverão ser realizadas a cada três meses, ou mais vezes se necessário, para os empregados que

realizarão os trabalhos nas áreas Hospitalares, emitindo previamente a Contratante cronograma anual, com o conteúdo programático que será acompanhado pela Contratante. Após o término enviar relatório de conclusão, com a avaliação final, cópia da lista de presença e com horas de treinamento;

- ✓ Manter sediado junto à Contratante durante os turnos de trabalho, quadro de funcionários capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
- ✓ Apresentar cópias dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMS e de Prevenção dos Riscos Ambientais – PPRA, de acordo com as normas regulamentadoras nº 07 e 09, respectivamente;
- ✓ Dar treinamento específico para os funcionários que exercerão as funções de coleta de resíduos, bem como designar equipes nos turnos de trabalho;
- ✓ Somente após a realização do treinamento técnico de limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático efetuado pelo responsável técnico do licitante vencedor, é que poderão ser aplicados os exercícios de fixação alusivos ao treinamento. O conteúdo do treinamento deverá conter, no mínimo, os fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPI's, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executada, princípios básicos de limpeza, manejo dos resíduos etc;
- ✓ Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus funcionários, das normas disciplinares determinadas pelo Contratante;
- ✓ O enfermeiro do quadro de funcionário da contratada deverá ter amplos conhecimentos de infecção hospitalar, noções de higiene e limpeza e conhecimentos administrativos referentes aos serviços de limpeza e higiene hospitalar;
- ✓ Manter quadro com enfermeiro com dedicação exclusiva para seleção e treinamento e com participação efetiva no processo de educação continuada;
- ✓ Exercer efetivo controle sobre a assiduidade e a pontualidade de seus funcionários;
- ✓ Fazer seguro de seus funcionários contra riscos de acidentes de trabalho, responsabilizando-se, também, pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do contrato conforme exigência legal;
- ✓ Manter disciplina nos locais dos serviços, retirando no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, qualquer funcionário considerado com conduta.

Quanto à execução dos serviços

- ✓ Implantar, de forma adequada, e em conjunto com o gestor do contrato (Serviço de Higiene e Limpeza), gestão da unidade e equipe responsável pela Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, de maneira que a operacionalização dos serviços não interfira na ordem dos locais atendidos;
- ✓ Prestar os serviços com técnicas dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidas, fornecendo todos os insumos inerentes à prestação de serviços, materiais e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequada para cada Unidade da área da Saúde;
- ✓ Dar ciência imediata e por escrito à Contratante sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
- ✓ Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações sobre seus serviços, sanando-as ao menor tempo possível;
- ✓ Apresentar relatório mensal de atividades desenvolvidas, ao responsável designado pela contratante de cada Unidade, contendo: dados do treinamento, reciclagem, material de consumo que é fornecido pela Contratante, apresentando oportunamente o modelo dos controles e quando solicitado apresentar relatório de demissão e admissão dos funcionários;
- ✓ Responsabilizar-se, por eventuais paralisações, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus a Contratante, para que não haja interrupções nos serviços;
- ✓ Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu abastecimento.

Quanto aos produtos utilizados

Observar conduta adequada na utilização dos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

A Contratada deverá apresentar manual de técnicas e procedimentos para avaliação da Contratante;

Apresentar à Contratante cópia de toda a documentação da composição química dos produtos a serem utilizados. Registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), registro no Diário Oficial, e ficha

técnica. No caso das soluções desinfetantes, os laudos de eficácia antimicrobiana, realizados em laboratórios credenciados pela ANVISA. Os produtos somente serão autorizados para uso após análise e autorização da Comissão de Infecção Hospitalar, e demais responsáveis técnicos da Contratante;

Todos os produtos que serão utilizados na execução dos serviços deverão ser de pronto uso. Caso contrário, o licitante deverá instalar uma central de diluição dos produtos, mantendo por escrito todas as rotinas de diluição, armazenamento. A diluição de hipoclorito de sódio é proibida;

Seguir os ditames legais da Lei Federal 6.360 de 13 setembro de 1976 e qualquer legislação pertinente, quanto as determinações de diluição dos insumos, quantidade dentre outros.

Quanto aos equipamentos e utensílios utilizados

- ✓ Identificar todos os equipamentos, materiais, e utensílios de sua propriedade; com número de patrimônio da contratada, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da Contratante;
- ✓ Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, devidamente limpos e higienizados, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos à rede elétrica;
- ✓ Todos os carrinhos de limpeza deverão ter sistema duplo balde, bem como as cabeleiras de mopp deverão ter cores diferenciadas;
- ✓ Todos os materiais como: rodos, vassouras, escovas lavatinas, deverão ter cabos em alumínio e nada em madeira;
- ✓ Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade contratante e demais exigências legais nos termos da Resolução conjunta SS/SMA/SJDC nº1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e

Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde;

O acondicionamento, coleta I, coleta II dos resíduos das Unidades onde serão executados os serviços, deverão ser realizados de acordo com as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e (NBR) 9191, 7500, 12.810 e todas as legislações pertinentes de âmbito federal, estadual e municipal;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 2/3 de sua capacidade;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para cada resíduo, fechado com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emenda na estrutura;

Fiscalização E Controle

Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente e por prepostos designados, podendo para isso:

- ✓ Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de funcionário da Contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
- ✓ Cabe ao Serviço de Contratos / DS examinar as Carteiras Profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional; recolhimento previdenciário e folha de pagamento.
- ✓ Solicitar à Contratada a substituição de qualquer saneante domissanitário, material ou equipamento cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;
- ✓ Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, em conformidade com os critérios estabelecidos no Anexo do Contrato – Avaliação da Qualidade da Limpeza, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

Avaliação da Qualidade da Higiene e Limpeza

Introdução

Este procedimento está vinculado aos contratos de prestação de serviços de limpeza hospitalar e integra as especificações técnicas como obrigação da Contratada e responsabilidade de fiscalização da Contratante. A avaliação deverá ser realizada periodicamente, gerando relatórios mensais que servirão como base para eventuais ajustes nos valores faturados, de acordo com a pontuação obtida.

Objetivo

Padronizar a avaliação de desempenho e qualidade da Contratada na execução dos serviços de higiene e limpeza, assegurando conformidade com as normas sanitárias e operacionais vigentes.

Regras Gerais

A avaliação será realizada pela análise dos seguintes módulos:

- ✓ Equipamentos, produtos e técnica de limpeza;
- ✓ Pessoal;
- ✓ Frequência de execução;
- ✓ Inspeção dos serviços nas áreas hospitalares.

Critérios de Avaliação

A avaliação será registrada em formulário próprio, atribuindo-se conceitos convertidos em pontuação:

- ✓ Muito Bom (3 pontos): Conformidade total dos critérios (ausência de poeira e sujidade; vidros e superfícies limpas; dispensadores abastecidos; recipientes de resíduos limpos, com sacos adequados e até 2/3 da capacidade; funcionário treinado, uniformizado e com EPI; uso de materiais padronizados; carrinho de limpeza limpo e organizado; adequação da sala de resíduos).
- ✓ Bom (2 pontos): Conformidade parcial dos critérios, com ocorrência isolada de falhas (poeira em local sem risco; lixeira fora do padrão; reabastecimento pontual não realizado).
- ✓ Regular (1 ponto): Desconformidade parcial dos critérios (poeira em diversos locais; múltiplas lixeiras fora do padrão; falhas recorrentes de reabastecimento; quebra de técnica de limpeza; saídas de ar-condicionado e móveis sujos; piso sujo ou molhado).

- ✓ **Péssimo (0 ponto):** Desconformidade total dos critérios (presença de sangue ou fluidos em superfícies; poeira em salas de procedimento; quebra de técnica; ausência ou uso incorreto de materiais, equipamentos e EPIs; recipientes de resíduos inadequados; sanitários e vestiários sujos; ausência de funcionário sem justificativa; piso sujo e escorregadio com risco de acidentes; não cumprimento do cronograma de limpeza sem comunicação prévia).

Emissão de Boletim Mensal

- ✓ As colaboradoras do Serviço de Higiene e Limpeza deverão preencher diariamente o formulário de vistoria, registrando todas as observações.
- ✓ Queixas técnicas ou operacionais feitas pelo cliente devem ser relatadas ao setor de Higiene e Limpeza (ATD), para análise conjunta com a empresa contratada e definição de estratégias corretivas imediatas.

Acompanhamento da Distribuição de Materiais de Higiene

O Supervisor de Higiene e Limpeza será responsável por acompanhar a distribuição e controle dos materiais de higiene, em articulação com o Almojarifado. Mediante cota previamente estabelecida, deverão ser solicitadas entregas programadas de insumos, que incluem:

- ✓ Papel higiênico;
- ✓ Papel toalha;
- ✓ Sabonetes e antissépticos;
- ✓ Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos;
- ✓ Coletores para perfurocortantes;
- ✓ Dispensadores, toalheiros e suportes de papel.

Os materiais deverão ser estocados no depósito próprio, e distribuídos para os encarregados da empresa de limpeza conforme cotas definidas para cada área.

Estratégias de Controle:

- ✓ Monitoramento de queixas de usuários sobre falta, qualidade ou uso inadequado dos insumos;
- ✓ Visitas periódicas ao depósito para verificação de estoque e previsão de entrega;
- ✓ Registro de eventuais entregas não programadas;
- ✓ Parceria com usuários e colaboradores para assegurar o uso adequado dos materiais;

- ✓ Substituição de materiais em falta, seguindo critérios de qualidade e indicação;
- ✓ Realização de testes de novos insumos para cadastramento de fornecedores.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

A limpeza hospitalar consiste na remoção de sujidades e odores em superfícies inanimadas, utilizando meios mecânicos, físicos ou químicos, visando reduzir a carga microbiana e promover segurança, bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes.

Classificação das Áreas

- ✓ **Áreas Críticas (CR):** Ambientes que, em razão da realização de procedimentos assistenciais, manipulação de materiais ou maior potencial de exposição a agentes biológicos, demandam maior rigor nos processos de limpeza, desinfecção e controle sanitário, visando garantir condições seguras para usuários e profissionais. Exemplos: salas de procedimentos, salas de vacinação, salas de curativos, salas de coleta de exames, salas de esterilização (quando existentes), expurgo e demais ambientes que exijam controle sanitário diferenciado.
- ✓ **Áreas Semicríticas (SC):** Com menor risco de infecção, abrigam pacientes com doenças de baixa transmissibilidade. Exemplos: ambulatórios, centro de radiodiagnóstico e salas de espera.
- ✓ **Áreas Não Críticas (NC):** Apresentam risco mínimo de infecção. Exemplos: refeitório, hotelaria, áreas de conforto e banheiros de funcionários.
- ✓ **Áreas Administrativas:** Destinadas a atividades de gestão. Exemplos: almoxarifado, depósitos, corredores, rampas, galpões, oficinas e subestações.
- ✓ **Áreas Externas (AE):** Espaços externos das edificações. Exemplos: calçadas, estacionamentos, guaritas e pátios.

Tipos de Limpeza:

- ✓ **Limpeza Úmida:** Realizada com pano, esponja ou mopp umedecidos em solução detergente ou desinfetante, seguida de enxágue. Indicada para pisos, paredes, mobiliário e equipamentos.
- ✓ **Limpeza Molhada:** Envolve esfregação e enxágue com água abundante, indicada principalmente em limpezas terminais. Recomenda-se o uso de

máquinas automáticas em áreas sem ralos.

- ✓ **Limpeza Seca:** Feita por varredura em áreas externas ou aspiração em ambientes internos. Em pisos acarpetados, deve ser realizada diariamente por aspiração e periodicamente com higienização molhada.
- ✓ **Desinfecção:** Processo complementar à limpeza, aplicado em superfícies inertes, para eliminação de micro-organismos na forma vegetativa. Pode ser realizada separadamente ou em conjunto com produtos que associem limpeza e desinfecção.

Am

Fluxo de Limpeza Hospitalar



PROTOCOLO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE LIMPEZA

Finalidade e Objetivos

O serviço de limpeza hospitalar tem como objetivo garantir, por meio de empresa especializada, a obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene em todas as áreas das Unidades, promovendo segurança,

bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes, nos parâmetros das normas sanitárias, técnicas e trabalhistas vigentes.

Organização e Contratação

- Contratação de empresa especializada, responsável integral pela execução dos serviços, fornecimento de mão de obra qualificada, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas, utensílios e EPIs.
- Obrigação de apresentar todas as documentações exigidas (PCMSO, PPRA, registros na ANVISA, laudos de eficácia, ficha técnica dos produtos), treinamento do pessoal, controle de vacinação, uniformização e identificação funcional.
- Equipe dimensionada para todos os turnos, respeitando a escala e perfil técnico compatível (inclusive enfermeiro com conhecimentos em infecção hospitalar).

Gestão da Mão de Obra e Treinamento

- Seleção, capacitação e treinamento contínuo (admissional e reciclagem trimestral) dos funcionários, com relatório de conclusão, lista de presença e horas de treinamento.
- Treinamento específico para coleta de resíduos e limpeza hospitalar, incluindo fundamentos de higiene, infecção hospitalar, uso correto de EPIs, normas de conduta, rotina de trabalho, princípios básicos de limpeza, comportamento, postura e rotinas de manejo de resíduos.
- Controle de assiduidade e pontualidade, seguro contra acidentes de trabalho, controle de conduta disciplinar e substituição imediata de funcionários não conformes.
- Participação do enfermeiro no processo de educação continuada e acompanhamento técnico dos processos.

Execução dos Serviços de Limpeza

- Planejamento, execução e supervisão permanente dos serviços, em conjunto com gestor do contrato, gestão da unidade e equipe responsável pela Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, sem interferir no funcionamento dos setores.
- Limpeza de áreas conforme classificação (críticas, semicríticas, não críticas, administrativas e externas), seguindo cronograma estabelecido e técnicas apropriadas para cada ambiente.

- Limpeza de mobiliário após altas, óbitos ou transferências; limpeza terminal e concorrente unidades críticas; produtos, recipientes e equipamentos diferenciados por cores conforme rotina.
- Execução conforme técnicas, frequência e procedimentos previstos em manual próprio de limpeza, com avaliação e aprovação do responsável técnico da contratante.

Materiais, Produtos e Equipamentos

- Utilização apenas de produtos autorizados, devidamente registrados na ANVISA, com documentação e laudo de eficácia.
- Implementação de manual de técnicas e procedimentos para avaliação e fiscalização.
- Equipamentos e utensílios identificados por patrimônio, limpos, higienizados e em boas condições de uso; substituição periódica de materiais danificados.
- Carrinhos duplos com cores diferenciadas, cabos metálicos em todos os utensílios, proibição de uso de madeira.
- Sistema de diluição dos produtos controlado e documentado, com restrição ao uso de hipoclorito de sódio diluído.

Coleta, Acondicionamento e Destino de Resíduos

- Coleta e manejo dos resíduos conforme Plano de Gerenciamento da Unidade, legislação vigente (ABNT, NBR), com registro e segregação por tipo e classe.
- Troca de sacos plásticos, utilização de recipientes apropriados fechados, transporte seguro e higiene dos equipamentos.
- Cumprimento rigoroso das normas de biossegurança e destinação final adequada, com controle, rastreabilidade e relatórios periódicos.

Fiscalização e Controle

- Fiscalização rigorosa da execução dos serviços pela contratante, podendo substituir funcionários, rejeitar produtos, exigir a retirada de funcionários e realizar vistorias a qualquer tempo.
- Controle dos documentos de pessoal, verificação de registros trabalhistas, controle de insumos e acompanhamento mensal da qualidade e execução dos serviços (boletim de avaliação).

lrm

- Avaliação periódica, registro em formulário próprio e apuração de pontuação conforme critérios técnicos (equipamentos, técnica, pessoal, frequência, inspeção).

Avaliação de Qualidade e Relatórios

- Inspeção diária, vistoria técnica, registro de queixas, elaboração de relatórios mensais de atividades (treinamento, reciclagem, consumo, admissões/demissões, reclamações e providências).
- Avaliação por módulos (equipamentos, técnica, pessoal, áreas) com pontuação, ajustando valores faturados conforme desempenho.

Controle e Distribuição de Materiais de Higiene

- Supervisão direta do abastecimento de materiais básicos: papel higiênico, papel toalha, sabonetes, antissépticos, sacos plásticos, recipientes de resíduos e coletores, com entregas programadas e controle rigoroso de estoque.
- Visitas periódicas ao depósito, testes e registro de fornecedores, monitoramento constante do uso adequado dos insumos.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

- Limpeza úmida, molhada, seca e desinfecção realizadas conforme rotina aprovada, frequência determinada para cada ambiente e revisão periódica dos métodos.
- Prioridade para redução de carga microbiana, controle de infecções, segurança assistencial e conforto ambiental.

O protocolo poderá sofrer alterações mediante a avaliação da gestão e de comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

Planejamento e Organização do Serviço de Limpeza e Higienização

O serviço de limpeza e higienização será planejado de forma a assegurar a manutenção das condições adequadas de limpeza, desinfecção, conservação e segurança sanitária das unidades de saúde, contribuindo para a prevenção de riscos, preservação do patrimônio público e promoção de ambientes seguros para usuários e profissionais.

O planejamento será realizado de forma integrada entre a gestão das unidades, a fiscalização do contrato e a empresa especializada, considerando a classificação dos ambientes, o fluxo de usuários, o horário de funcionamento dos serviços e a demanda de cada unidade, permitindo definir as rotinas de limpeza, a frequência das atividades, o dimensionamento das equipes e a programação dos recursos necessários.

A execução será acompanhada por meio de supervisões periódicas, avaliação da qualidade dos serviços e monitoramento das não conformidades, promovendo a melhoria contínua dos processos, em conformidade com os protocolos institucionais e a legislação sanitária vigente.

Áreas Abrangidas e Classificação dos Ambientes

As atividades de limpeza e higienização serão planejadas conforme a classificação dos ambientes e o respectivo risco sanitário, observando as características de cada unidade de saúde e a finalidade de utilização de cada espaço.

Para definição das rotinas operacionais e da frequência das atividades, os ambientes serão classificados em áreas críticas, semicríticas, não críticas, administrativas e externas, permitindo a adoção de procedimentos compatíveis com o nível de exposição ao risco, a circulação de usuários e profissionais e a necessidade de desinfecção das superfícies.

Essa classificação orientará o planejamento das equipes, a definição dos métodos de limpeza, a utilização dos produtos saneantes e o monitoramento da qualidade dos serviços, em conformidade com os protocolos institucionais e a legislação sanitária vigente.

Rotinas Operacionais de Limpeza e Higienização

As rotinas operacionais de limpeza e higienização serão executadas de forma padronizada, observando cronograma previamente estabelecido, classificação dos ambientes e protocolos institucionais, de forma a assegurar condições permanentes de limpeza, organização, conservação e segurança sanitária das unidades de saúde.

Os serviços contemplarão a limpeza concorrente, terminal e extraordinária, abrangendo pisos, paredes, portas, mobiliários, sanitários, consultórios, salas de procedimentos, áreas administrativas, áreas comuns, recepções, corredores e demais dependências das unidades. A definição do procedimento a ser adotado considerará o grau de risco do ambiente, a frequência de utilização, o fluxo de usuários e a necessidade de desinfecção das superfícies.

A execução seguirá sequência operacional padronizada, contemplando a preparação do ambiente, sinalização da área quando necessária, utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), emprego de materiais e equipamentos exclusivos por área, utilização de saneantes regularizados pela ANVISA e descarte adequado dos resíduos gerados durante a atividade, reduzindo o risco de contaminação cruzada e assegurando a efetividade dos procedimentos de limpeza e desinfecção.

Sempre que identificadas intercorrências sanitárias, derramamento de matéria orgânica, contaminação de superfícies ou outras situações que representem risco à saúde dos usuários e profissionais, será realizada limpeza extraordinária imediata, seguindo protocolos específicos de biossegurança e restabelecendo as condições adequadas para utilização segura do ambiente.

A execução das atividades será registrada e acompanhada pela supervisão técnica operacional, possibilitando o monitoramento da conformidade dos serviços, a identificação de oportunidades de melhoria e a adoção tempestiva de ações corretivas quando necessário.

Frequência das Atividades de Limpeza e Higienização

A frequência das atividades de limpeza e higienização será definida de acordo com a classificação dos ambientes, o fluxo de usuários, o horário de funcionamento das unidades e o respectivo risco sanitário, observando cronogramas previamente estabelecidos e protocolos institucionais. As rotinas contemplarão atividades programadas em periodicidades compatíveis com as necessidades de cada ambiente, bem como limpezas extraordinárias sempre

que identificadas situações que possam comprometer as condições de higiene, segurança ou funcionamento das unidades de saúde.

A programação será revisada periodicamente pela supervisão técnica, podendo ser ajustada em razão de alterações no perfil assistencial, aumento da demanda, eventos extraordinários, reformas, campanhas de saúde ou outras situações que justifiquem a adequação da frequência das atividades, assegurando a manutenção contínua das condições de limpeza, conservação e salubridade dos ambientes.

Procedimentos e Técnicas de Limpeza

Os procedimentos de limpeza e higienização serão executados conforme protocolos padronizados, utilizando técnicas compatíveis com a finalidade de cada ambiente, o tipo de superfície e o risco sanitário associado, observando as recomendações da Vigilância Sanitária, normas de biossegurança e orientações dos fabricantes dos produtos utilizados.

Serão empregados métodos de limpeza úmida, limpeza molhada, limpeza seca e desinfecção de superfícies, conforme a necessidade de cada ambiente, utilizando materiais, equipamentos e utensílios exclusivos para as diferentes áreas, devidamente identificados, reduzindo o risco de contaminação cruzada e assegurando maior eficiência na higienização.

Os saneantes domissanitários utilizados deverão possuir regularização junto à ANVISA, sendo empregados conforme especificações técnicas, diluições recomendadas e critérios de segurança estabelecidos nos protocolos institucionais.

Recursos Humanos Envolvidos

A execução dos serviços será realizada por empresa especializada, com equipe devidamente dimensionada para atender às necessidades das unidades de saúde durante todo o período de funcionamento dos serviços, observando o porte das unidades, o fluxo de usuários e a classificação dos ambientes.

Os profissionais deverão receber capacitação inicial e treinamentos periódicos sobre técnicas de limpeza, biossegurança, utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), prevenção de acidentes, manejo de resíduos, utilização de produtos saneantes e demais procedimentos relacionados às atividades desenvolvidas.

A supervisão técnica operacional será exercida por profissional designado pela empresa contratada, responsável pelo acompanhamento das equipes, distribuição das atividades, verificação do cumprimento dos cronogramas, orientação técnica e tratamento imediato das não conformidades identificadas.

Supervisão e Controle da Qualidade

A qualidade dos serviços de limpeza e higienização será monitorada continuamente por meio de supervisões técnicas, inspeções de rotina e acompanhamento sistemático da execução das atividades, verificando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, da frequência programada e dos padrões de qualidade definidos para cada ambiente.

As avaliações contemplarão aspectos relacionados à execução das técnicas de limpeza, utilização adequada dos produtos e equipamentos, abastecimento dos insumos de higiene, organização dos ambientes, cumprimento das normas de biossegurança e utilização correta dos EPIs, permitindo identificar oportunidades de melhoria e corrigir eventuais desvios operacionais.

As não conformidades identificadas serão registradas, analisadas e tratadas mediante definição de ações corretivas, acompanhamento dos resultados e reavaliação dos processos, promovendo a melhoria contínua dos serviços prestados.

Biossegurança

As atividades de limpeza e higienização serão executadas em conformidade com os princípios de biossegurança, adotando medidas destinadas à proteção dos usuários, profissionais e do ambiente, reduzindo os

riscos de exposição a agentes biológicos, químicos e físicos durante a execução dos serviços.

Todos os profissionais envolvidos deverão utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) compatíveis com as atividades desenvolvidas, observando as normas de segurança do trabalho e os protocolos institucionais. As equipes receberão treinamento inicial e capacitações periódicas sobre prevenção de acidentes, higiene das mãos, utilização correta dos equipamentos, manipulação segura dos produtos saneantes, prevenção da contaminação cruzada e condutas diante de intercorrências envolvendo material biológico.

Os procedimentos de limpeza observarão a segregação de materiais por área de utilização, a correta identificação dos equipamentos, a utilização de produtos regularizados junto à ANVISA e o cumprimento das rotinas de limpeza e desinfecção estabelecidas para cada ambiente, contribuindo para a manutenção de condições seguras durante toda a execução dos serviços.

Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

O gerenciamento dos resíduos gerados durante as atividades de limpeza observará as diretrizes estabelecidas no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade, bem como a legislação sanitária e ambiental vigente, garantindo a segregação, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno e armazenamento temporário de forma segura e ambientalmente adequada.

A coleta interna será realizada utilizando recipientes e equipamentos específicos para cada grupo de resíduos, respeitando a identificação por classe, os limites de acondicionamento dos sacos coletores, os fluxos definidos para circulação interna e os procedimentos destinados à prevenção de acidentes e contaminações.

As equipes serão capacitadas quanto ao correto manejo dos resíduos, utilização dos equipamentos de proteção e procedimentos de segurança, assegurando conformidade com as normas institucionais e reduzindo riscos ocupacionais e ambientais.

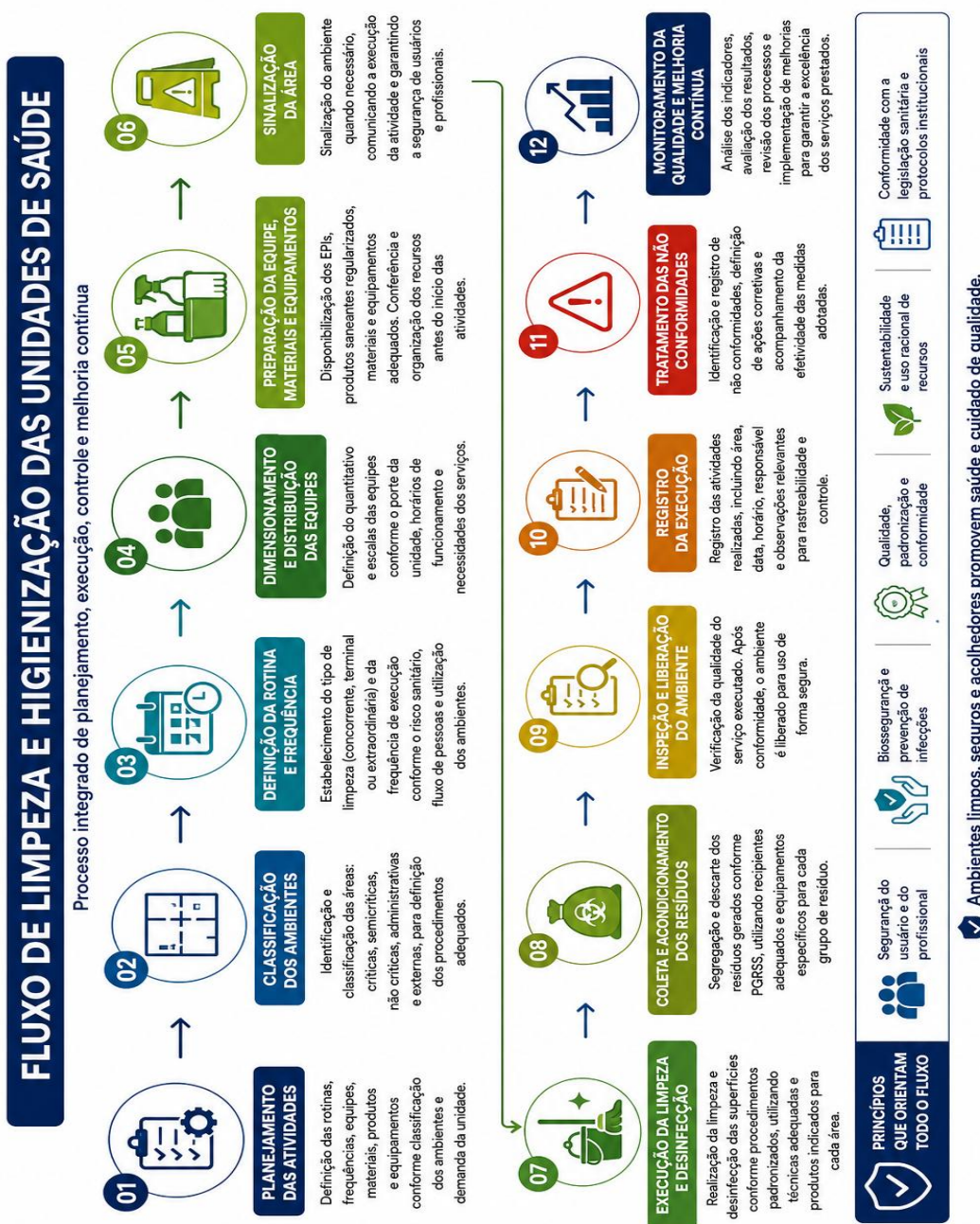
Fluxo Integrado de Limpeza e Higienização

O processo de limpeza e higienização será executado de forma integrada e padronizada, garantindo a continuidade das atividades, a segurança sanitária dos ambientes e a rastreabilidade das ações realizadas.

O fluxo operacional compreenderá as seguintes etapas:

Planejamento → Classificação → Dimensionamento das Equipes → Preparação → Sinalização → Limpeza e Desinfecção → Gerenciamento dos Resíduos → Inspeção e Liberação → Registro → Tratamento das Não Conformidades → Monitoramento e Melhoria Contínua.

lm



Esse fluxo permitirá o acompanhamento sistemático das atividades, a padronização dos procedimentos, o controle da qualidade dos serviços prestados e a adoção tempestiva de ações corretivas, assegurando ambientes limpos, seguros e em conformidade com os padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e pelos protocolos institucionais.

GOVERNANÇA DO SERVIÇO

Com o objetivo de assegurar a eficiência operacional, a padronização dos processos e a melhoria contínua dos serviços de limpeza e higienização, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará modelo de governança baseado na definição clara de responsabilidades, supervisão permanente, monitoramento sistemático dos resultados e integração entre a empresa contratada, a gestão das unidades e a fiscalização do contrato. Essa estrutura garantirá adequada coordenação das atividades, agilidade na tomada de decisões, tratamento tempestivo das não conformidades e fortalecimento da qualidade dos serviços prestados.

A seguir, apresenta-se a matriz de responsabilidades que orientará a gestão, a execução e o acompanhamento dos serviços de limpeza e higienização durante a vigência contratual.

Responsável	Principais atribuições
Empresa contratada	Execução dos serviços, fornecimento de mão de obra, materiais, equipamentos e supervisão técnica operacional.
Supervisor	Planejamento das atividades, distribuição das equipes, inspeções, registros e tratamento das não conformidades.
Gestor da Unidade	Fiscalização contratual, acompanhamento dos indicadores e validação da qualidade dos serviços.
Colaboradores	Execução das rotinas conforme POPs, utilização adequada dos EPIs, comunicação de ocorrências e cumprimento das normas de biossegurança.

A definição das responsabilidades fortalece a segregação de funções, assegura maior controle operacional e contribui para a transparência na fiscalização e na execução contratual.

Monitoramento e Melhoria Contínua

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará metodologia sistemática de monitoramento dos serviços de limpeza e higienização, visando assegurar a conformidade dos processos, a qualidade dos serviços prestados e a melhoria contínua das condições ambientais das unidades de saúde.

O acompanhamento será realizado por meio de supervisões técnicas, inspeções periódicas dos ambientes, auditorias internas e análise de indicadores operacionais, permitindo avaliar o cumprimento das rotinas estabelecidas, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações corretivas sempre que constatadas não conformidades. Essa sistemática possibilitará o aperfeiçoamento contínuo dos processos, contribuindo para a segurança dos usuários, dos profissionais e para a preservação do patrimônio público.

Como instrumento de gestão, serão monitorados indicadores de desempenho relacionados à execução dos serviços, dentre os quais destacam-se:

Indicador	Objetivo
Cumprimento do cronograma de limpeza	Verificar a execução das rotinas programadas.
Índice de conformidade das inspeções	Avaliar a qualidade dos serviços executados.
Tempo de atendimento das limpezas extraordinárias	Monitorar a agilidade no atendimento às demandas emergenciais.
Índice de não conformidades	Identificar desvios operacionais e oportunidades de melhoria.
Percentual de ações corretivas concluídas	Acompanhar a efetividade do tratamento das inconformidades.
Participação das equipes em capacitações	Avaliar a adesão às ações de educação permanente.
Percentual de abastecimento dos insumos de higiene	Monitorar a disponibilidade contínua dos materiais necessários à execução dos serviços.

Os resultados obtidos serão consolidados em relatórios gerenciais, subsidiando a tomada de decisão pela gestão do contrato, o planejamento de melhorias, a revisão dos procedimentos operacionais e o desenvolvimento de ações preventivas, fortalecendo a cultura da qualidade e da melhoria contínua.

Educação Permanente das Equipes

A qualificação permanente dos profissionais constitui instrumento essencial para manutenção da qualidade dos serviços de limpeza e higienização. Dessa forma, a empresa contratada deverá assegurar treinamento inicial aos colaboradores antes do início das atividades e promover capacitações periódicas durante toda a execução contratual.

Os programas de treinamento contemplarão, entre outros temas, técnicas de limpeza e desinfecção, biossegurança, utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), manipulação e diluição de saneantes, prevenção de acidentes, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, atendimento às normas sanitárias e atualização dos procedimentos operacionais.

Sempre que identificadas não conformidades, alterações nos protocolos institucionais ou publicação de novas normas técnicas, serão realizadas ações educativas específicas, assegurando a atualização contínua das equipes e a padronização das práticas adotadas.

Plano de Contingência para Intercorrências

Com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços e minimizar impactos à assistência, serão adotadas medidas de contingência para situações extraordinárias que possam comprometer a execução das atividades de limpeza e higienização.

Dentre as principais situações contempladas destacam-se o derramamento de matéria orgânica, acidentes com material biológico, aumento da demanda decorrente de surtos epidemiológicos, indisponibilidade de profissionais, falhas no abastecimento de insumos, interrupções de energia,

manutenção predial emergencial e demais eventos que possam comprometer as condições sanitárias dos ambientes.

Nessas situações, a supervisão técnica operacional promoverá o redimensionamento das equipes, a priorização das áreas de maior risco sanitário, o acionamento imediato da reposição de materiais e a adoção dos protocolos institucionais específicos, garantindo a rápida normalização dos serviços e reduzindo riscos aos usuários e profissionais.

Integração com a Segurança do Paciente, Vigilância em Saúde e Gerenciamento de Resíduos

Os serviços de limpeza e higienização serão desenvolvidos de forma integrada aos processos institucionais relacionados à Segurança do Paciente, Vigilância em Saúde, Gerenciamento de Riscos e Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), contribuindo para a manutenção de ambientes seguros, organizados e adequados ao desenvolvimento das atividades assistenciais e administrativas.

A comunicação permanente entre a supervisão da empresa contratada, os gestores das unidades e as equipes assistenciais permitirá a identificação precoce de situações que demandem intervenções imediatas, como intercorrências sanitárias, aumento da demanda assistencial, reformas, surtos epidemiológicos, ocorrências envolvendo material biológico e demais eventos que possam impactar as condições de higiene dos ambientes.

As atividades serão executadas em consonância com os protocolos institucionais de biossegurança, gerenciamento de resíduos, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), gerenciamento de riscos e segurança do paciente, assegurando que as rotinas de limpeza contribuam para a redução dos riscos sanitários e para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Sempre que identificadas oportunidades de melhoria ou não conformidades relacionadas às condições ambientais, estas serão comunicadas aos responsáveis pela unidade para avaliação conjunta, definição das ações corretivas e acompanhamento da efetividade das medidas implementadas,

fortalecendo a atuação integrada entre os diversos serviços de apoio e as equipes assistenciais.

A Irmandade estimulará a cultura de responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais envolvidos, compreendendo que a manutenção de ambientes limpos, seguros e organizados constitui responsabilidade institucional e representa um dos pilares para a qualidade da assistência, proteção dos trabalhadores, satisfação dos usuários e preservação do patrimônio público.

Considerações Finais

A proposta de organização dos serviços de limpeza e higienização apresentada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo foi estruturada para assegurar elevado padrão de qualidade, segurança, eficiência operacional e conformidade com a legislação sanitária vigente, contemplando planejamento, execução, supervisão, monitoramento e melhoria contínua dos processos.

A metodologia proposta privilegia a padronização das rotinas, a qualificação permanente das equipes, o monitoramento por indicadores, o tratamento sistemático das não conformidades e a integração com os demais processos institucionais, assegurando que os serviços de limpeza e higienização contribuam diretamente para a segurança dos usuários, dos profissionais e para o adequado funcionamento das unidades de saúde.

As diretrizes apresentadas constituem a metodologia gerencial a ser adotada durante a execução contratual, podendo ser complementadas e aperfeiçoadas após o início da operação, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, observadas as necessidades específicas de cada unidade, as normas institucionais e as atualizações da legislação aplicável.

6.1.3 A.3. Implantação de Logística de Suprimentos

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço.

Ela tem caráter intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial. Partindo desse princípio, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo divide o setor de logística de suprimentos em três departamentos, sendo eles: compras, almoxarifado e farmácia.

Setor de Compras

O processo de compras e contratação de serviços e obras, ocorre com o ordenamento legal e premissas do Regulamento de Política de Compras, Contratação de Obras e Serviços, transcrito abaixo.

As modalidades são:

- Convites;
- Tomada de preço;
- Concorrência;
- Registro de preço;
- BEC (bolsa eletrônica); e
- Pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra.

As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, as equipes técnicas especializadas das Unidades participarão da avaliação dos produtos no processo de compras, onde ocorre quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade, visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e testes com o material para avaliação da qualidade.

Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Material e Suprimentos.

A Central de Compras e Suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

Atividades de Compras e Suprimentos

- Desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;
- Examinar as solicitações de compras;
- Preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;
- Analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;
- Definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;
- Solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
- Distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;
- Controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando a Gerência eventuais irregularidades cometidas;

- Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
- Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque.

Preparar:

- O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento das Unidades;
- A relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica;
- Zelar pela conservação dos materiais em estoque.

Atividades em relação à Gestão de Contratos

Analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;

Elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;

Auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;

Controlar e acompanhar a prestação de contas;

Preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para as Unidades e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da



vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

- ✓ Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;
- ✓ Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;
- ✓ Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;
- ✓ Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;
- ✓ Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;
- ✓ Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

- ✓ Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;

- ✓ Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;
- ✓ Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;
- ✓ Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;
- ✓ Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;
- ✓ Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;
- ✓ Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.
- ✓ Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

Premissas

- ✓ O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente;

- ✓ Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos;
- ✓ Nas licitações, na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

- ✓ Caução em dinheiro;
 - ✓ Fiança bancária;
 - ✓ Seguro-garantia.
-
- ✓ O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório;

lcm

- ✓ As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos;
- ✓ Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados;
- ✓ A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório;
- ✓ Perda do direito à contratação;
- ✓ Perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- ✓ Suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

lcm

Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

- Solicitação de Compras devidamente autorizada;
- Seleção de Fornecedores;
- Apuração da Melhor Oferta;
- Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
- Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

- Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

lam

- ✓ Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
- ✓ Forma de pagamento;
- ✓ Prazo de entrega;
- ✓ Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;
- ✓ Durabilidade do produto;
- ✓ Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- ✓ Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;
- ✓ Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- ✓ Assistência técnica;
- ✓ Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

Compras com valor estimado a partir de R\$ 1.001,00 (um mil e um reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;

Compras com valor estimado abaixo de R\$ 1.000,00 (um mil reais) - Mínimo de 01 (uma) cotações de fornecedor, registradas em mapa de cotações ou “Ata de Realização”, devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita do fornecedor por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

- Uma via para o fornecedor;
- Uma via para o Setor requisitante;
- Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa/Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
- Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual/físico, paralelamente também há o controle/registro eletrônico de todas as compras e contratações da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo aplicáveis para gestão das Unidades.

Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo/ contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Assistencial envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

Para as contratações de serviços sob a gestão de cada Unidade além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços.

Proposta de Regulamento de Compras, Contratação de Obras e Serviços

CAPÍTULO I FINALIDADE

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade normatizar as ações dos Serviços de Compras, bem como estabelecer critérios para a contratação de serviços, além de garantir os princípios da moralidade, economicidade e impessoalidade, além do princípio da isonomia, consagrado no Art. 5º, caput, da Constituição Federal onde "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza".

Art. 2º - Caracterizamos como compra qualquer aquisição remunerada de materiais de consumo, equipamentos médicos, mobiliário, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas.

CAPÍTULO II DAS COMPRAS

Art. 3º - As compras serão realizadas por profissional habilitado, contratado pela IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SBC que terá suas atribuições e competências descritas no Manual do Fornecedor (item 5.2.1.1.3.).

Art. 4º - As compras de produtos consumíveis serão efetuadas após cotação de preços e autorizadas pela direção local no tocante a preços, quantidade e qualidade dos produtos. As cotações poderão ser realizadas via fone, fax e/ou meio eletrônico (e-mail, comunidade de compras ou Portal Eletrônico).

CAPÍTULO III

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRAS

Art. 5º - Para a aquisição de bens e serviços, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas:

- Emissão da solicitação de compras;
- Seleção de fornecedores;
- Apuração da melhor oferta - preço, condições de pagamento, condições logísticas de atender ao pedido em termos da quantidade, da qualidade e o prazo de entrega;
- Emissão da ordem de fornecimento ou de compra (O.F/O.C.);
- Aprovação da compra pelo gestor/diretor; e
- Confirmação da compra com fornecedores.

Art. 6º - As solicitações de compra deverão partir das unidades de serviços, contendo as seguintes informações:

- Descrição do bem ou serviço a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime da compra: rotina ou urgência.

Parágrafo único: As compras dos bens de uso frequente, isto é, os de rotina e os padronizados, partirão sempre das unidades de estoque.

Art. 7º - Será considerado regime de compra urgente, a aquisição de material e/ou serviço com imediata necessidade de utilização.

Parágrafo único: As unidades de serviços requisitantes deverão justificar, por escrito, a compra de urgência com autorização da administração local.

Art. 8º - A seleção de fornecedores de bens e serviços deverá ser criteriosa, levando-se em consideração a idoneidade, a qualidade dos materiais ou dos serviços oferecidos, os preços, assim como garantia de entrega, facilidade de manutenção, facilidade de reposição e disponibilidade de atendimento de urgência, quando necessária.

Parágrafo único: O serviço pode, a qualquer tempo, desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito a indenização ou reembolso, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade financeira e técnica ou comprometa sua capacidade de produção, relativo à entrega e qualidade dos produtos.

Art. 9º - Para a apuração do melhor preço deverão ser cotados, no mínimo 03 (três) fornecedores, quando as compras tiverem um valor acima de R\$ 1.000,00 (um mil reais).

§1º - Para as compras realizadas em regime de urgência sempre que possível, serão feitas 02 (duas) cotações, via telefônica, ou meio eletrônico, sempre com aprovação do gestor/diretor da instituição.

§2º - Fica excluído de cotação, quando o bem ou serviço, possa ser fornecido por um único fornecedor EXCLUSIVO, em face de especificação existente, com a devida comprovação, isto é, documento que atenda o caráter de exclusividade.

Art. 10º - Deverá ser apresentado ao gestor/diretor da instituição para aprovação de compra, o processo com quadro de preço, orçamentos além do pedido de compras e justificativas.

Parágrafo único: As cotações serão sempre apresentadas pelos fornecedores por escrito, por meio eletrônico e contendo nome do contato, telefone, endereço e logotipo das empresas. Devendo as mesmas ser arquivadas no Serviço de Compras, pelo prazo de 03 (três) anos.

SEÇÃO I

DAS COMPRAS DE PEQUENO VALOR

Art. 11º - Serão consideradas compras de pequeno valor, as aquisições feitas até o valor máximo de R\$ 1.000,00 (um mil reais) necessitando de apenas um orçamento acompanhado do pedido e justificativa do solicitante.

Art. 12º - As compras acima de R\$ 1.001,00 (um mil e um reais) deverão ter três orçamentos, exceto fornecedores exclusivos/fabricante e ou compras emergenciais com justificativa.

SEÇÃO II

DAS COMPRAS DE MATERIAL ESTOCÁVEIS E NÃO ESTOCÁVEIS

Art. 13º – Estocáveis - Serão realizadas através de meio eletrônico e ou portal eletrônico homologado pela instituição, considerados pelo melhor preço levando em consideração a melhor condição comercial para a instituição.

NOTA: No caso de fabricante ou fornecedor exclusivo poderá ter somente um orçamento.

SEÇÃO III

DA CONTRATAÇÃO DE OBRA E BENS MÓVEIS

Art. 14º - Para fins do presente Regulamento, considera-se serviço toda construção, reforma, ampliação, fabricação, recuperação, manutenção, reparos realizados com mão-de-obra própria da instituição, de terceiros, pessoa física ou jurídica e locações.

SEÇÃO IV

MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO

Art. 15º - As modalidades de Contratação obedecerão aos seguintes critérios:

1. DA CONTRATAÇÃO DE OBRA, SERVIÇOS E BENS MÓVEIS

1.1 OBRA E BENS MÓVEIS

- Procedimentos de contratação direta, que consiste em contratar mediante simples pesquisa de mercado (três orçamentos), observando limite de até R\$ 40.000 (quarenta mil reais).
- Procedimentos de contratação mediante carta convite consiste em convocar por escrito três interessados previamente cadastrados e que apresentem suas propostas em até três dias após convite observando o limite de R\$ 40.001 (quarenta mil e um reais) a R\$ 60.000 (sessenta mil reais).
- Procedimento de contratação mediante tomada de preço que consiste em recebimento de propostas de pelo menos três interessados que estiverem cadastrados pelo menos três dias antes da data designada para o recebimento das propostas, de acordo com o estabelecido em um Edital, que será publicado no site da instituição ou mural do local, observando o limite de acima de R\$ 60.001 (sessenta mil e um reais).

Parágrafo único: Nas implantações poderá ser realizado no mínimo três (3) cotações no mercado conforme memorial descritivo, esta contratação tem prazo de 90 dias. Após este prazo poderá ser realizado o procedimento III.

Art. 16º - Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos e executivos, bem como o cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado, e ainda:

- Projeto-básico - conjunto de elementos necessários e suficientes com nível de precisão adequado para caracterizar a obra ou o complexo de obras, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do

empreendimento e que possibilite a avaliação do custo da obra e definição dos métodos e do prazo de execução.

- Projeto executivo - conjunto de elementos necessários e suficientes a execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, cronograma físico-financeiro - documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

Art. 17º - Na elaboração dos projetos básicos e executivo deverão ser considerados os seguintes requisitos:

- Segurança;
- Funcionalidade e adequação ao interesse público;
- Economia na execução, conservação e operação;
- Economia na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou do serviço;
- Acessibilidade;
- Adoção das normas técnicas adequadas; e
- Avaliação de custo, definição de métodos e prazo de execução.

Art. 18º - Os processos de contratação de empresa quando a modalidade for Tomada de Preço deverão obedecer às seguintes etapas:

- Publicação;
- Seleção;
- Aprovação técnica;
- Apuração da melhor proposta;
- Celebração do contrato;

lrm

Art. 19º - Para a escolha das empresas que irão participar da seleção, deverão ser considerados o regime de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade, prazo de entrega e o menor custo.

Art. 20º - As empresas participantes deverão apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, através de um cronograma de execução da obra e o custo total. Deverão ainda, apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do contrato social registrado na junta comercial ou no órgão competente;
- Certidões públicas de inexistência de débito (municipais, estaduais, federais, INSS, FGTS);
- Certidão forense (certidões da Justiça Federal, Comum de distribuições Cíveis, executivos fiscais, falência, recuperação judicial e protesto);
- Apresentação da inscrição junto ao CREA.

Parágrafo único: Somente poderão participar da seleção as empresas que atenderem a todos os requisitos do presente inciso.

Art. 21º - O contrato de empreitada regular-se-á pelas leis do direito civil e pelos princípios da teoria Política de contratos.

Art. 22º - A execução da obra deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pela instituição de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificação previstas no contrato e no projeto de execução.

Art. 23º - Caberá ao gestor da obra:

- Rejeitar os serviços ou materiais que não correspondam às condições e especificações estabelecidas;
- Verificar se os valores cobrados correspondem aos serviços efetivamente executados e prazos estabelecidos;
- Acompanhar o ritmo de execução da obra;
- Emitir parecer final ao término da obra.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º - Como todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida ou excepcionalmente, em compras de pequeno valor, recibo datado e assinado, no valor total da compra.

Art. 25º - Os valores estabelecidos nos Artigos 12 e 18 deste Regulamento poderão, periodicamente, ser revistos e atualizados, pelos gestores/diretores da instituição.

Parágrafo único: Fica vedado o favorecimento, em contratações de serviços, contratações de pessoal e compras, estabelecendo relacionamentos comerciais com parentes, familiares e amigos, pessoas ou organizações que já mantiveram outros vínculos profissionais com os dirigentes da entidade, em consonância ao disposto em manuais de repasse ao terceiro setor, do tribunal de Contas do estado de São Paulo SP.

Art. 26º - Os casos omissos ou duvidosos, na interpretação deste Regulamento, serão resolvidos pelos gestores/diretores da instituição.

Art. 27º - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, após a assinatura do contrato de gestão, um Regulamento de Compras Oficial, que estabelecerá critérios, diretrizes e procedimentos padronizados para todos os processos de aquisição de bens, materiais e serviços.

Esse regulamento será de observância obrigatória e terá como objetivo assegurar transparência, eficiência, economicidade e conformidade legal, promovendo a utilização responsável dos recursos e garantindo que todas as aquisições estejam alinhadas às necessidades assistenciais e administrativas da Instituição.

Da Distribuição de Materiais

O almoxarifado/Estoque das Unidades serão responsáveis pelo correto fluxo de recebimento dos materiais, correto armazenamento, controle de estoque, e sua movimentação, distribuição para as áreas de atendimento ao paciente e as áreas de apoio como: Lavanderia, Rouparia, Hotelaria, Manutenção Predial, Manutenção de equipamentos, Conservação e Limpeza, Tecnologia de Informação, e outros. Atuamos em conformidade com as Regulamentações que dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem de Medicamentos e materiais. O setor fará a gestão da distribuição dos materiais a serem distribuídos nas diversas áreas. Esse controle deverá ser realizado através de formulários eletrônicos, onde o colaborador fará a checagem e acompanhamento das demandas de cada setor da Unidade.

O fluxo de funcionamento do almoxarifado está apresentado no item 6.1.8. A.8. Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

6.1.3.1 Fluxo de Logística de Suprimentos

O fluxo de logística de suprimentos compreende o conjunto de processos integrados responsáveis por assegurar o abastecimento contínuo das unidades de saúde, desde o planejamento das necessidades até a disponibilização dos materiais para utilização pelas equipes assistenciais e administrativas. Sua estruturação permite que todas as etapas sejam executadas de forma padronizada, rastreável e monitorada, promovendo maior eficiência operacional, racionalização dos recursos, segurança na movimentação de materiais e continuidade da assistência.

Em consonância com a Política Institucional de Compras e Suprimentos e com o Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, o fluxo logístico será desenvolvido de forma integrada entre os setores de Compras, Almoxarifado, Farmácia e áreas requisitantes, contemplando as etapas de planejamento do abastecimento, aquisição, recebimento e

armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição, mecanismos de controle e rastreabilidade, monitoramento do consumo e prevenção de desabastecimento, garantindo a disponibilidade dos medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à execução dos serviços previstos no Contrato de Gestão.

Planejamento do Abastecimento

O planejamento do abastecimento constitui a etapa inicial do fluxo de logística de suprimentos e tem por finalidade assegurar a disponibilidade contínua de medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários ao funcionamento das unidades de saúde, em quantidades compatíveis com a demanda assistencial e administrativa, evitando desabastecimentos, aquisições emergenciais, desperdícios e formação de estoques excessivos.

A programação do abastecimento será realizada de forma integrada entre as áreas de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Coordenações Assistenciais e Coordenação Administrativa, considerando o histórico de consumo, o perfil epidemiológico da população assistida, o dimensionamento das equipes, a produção contratual, a sazonalidade dos serviços, os prazos médios de fornecimento, a criticidade dos insumos e a capacidade de armazenamento das unidades.

Serão estabelecidos parâmetros de estoque mínimo, estoque máximo, estoque de segurança e ponto de ressuprimento para os principais grupos de materiais, permitindo que o planejamento das aquisições ocorra de forma antecipada e compatível com as necessidades operacionais. Esses parâmetros serão periodicamente reavaliados, sempre que houver alterações na demanda assistencial, implantação de novos serviços, atualização das metas contratuais ou identificação de mudanças no perfil de consumo.

O planejamento contemplará ainda o monitoramento dos materiais estratégicos e de alta criticidade, possibilitando a adoção de medidas preventivas para manutenção da continuidade operacional dos serviços e

garantindo o adequado abastecimento das unidades durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

Aquisição

A aquisição de medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à execução dos serviços será realizada em conformidade com a Política Institucional de Compras e Suprimentos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, observando os princípios da legalidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, transparência, competitividade e rastreabilidade dos processos.

O processo de aquisição será iniciado a partir das necessidades identificadas no planejamento de abastecimento e das solicitações formalizadas pelos setores competentes, sendo conduzido mediante procedimentos padronizados de cotação, análise técnica e comercial, qualificação de fornecedores, negociação e formalização das contratações, garantindo a seleção da proposta mais vantajosa para a execução do Contrato de Gestão.

As aquisições observarão critérios técnicos relacionados à qualidade, conformidade regulatória, registro sanitário quando aplicável, capacidade de fornecimento, desempenho histórico dos fornecedores, prazos de entrega e atendimento às especificações previamente definidas, assegurando que os produtos adquiridos atendam aos requisitos necessários para utilização nas unidades de saúde.

Situações excepcionais decorrentes de aumento inesperado da demanda, desabastecimento de mercado ou outras intercorrências assistenciais poderão ensejar processos de aquisição extraordinária, observando os procedimentos institucionais vigentes, de forma a garantir a continuidade da assistência sem prejuízo aos mecanismos de controle e governança.

Recebimento e Armazenamento

Após a conclusão do processo de aquisição, os materiais serão submetidos às rotinas de recebimento e armazenamento previstas nos procedimentos institucionais, assegurando a conferência documental, quantitativa e qualitativa dos produtos antes de sua incorporação ao estoque.

O recebimento contemplará a verificação da conformidade entre os materiais entregues e os documentos de aquisição, incluindo especificações técnicas, quantidades, fabricante, lote, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de transporte e demais requisitos aplicáveis. Havendo qualquer inconformidade, serão adotadas as providências administrativas cabíveis para devolução, substituição ou regularização junto ao fornecedor.

Após a aprovação do recebimento, os materiais serão registrados no sistema informatizado e encaminhados às áreas de armazenamento conforme sua natureza, observando critérios de organização física, identificação, segregação, condições ambientais, segurança patrimonial e requisitos específicos de conservação.

A organização dos estoques observará metodologias que privilegiem a adequada rotatividade dos produtos, priorizando a utilização dos materiais com menor prazo de validade, mantendo a rastreabilidade dos lotes e preservando a qualidade dos insumos durante todo o período de armazenamento.

Controle de Estoque

O controle de estoque será realizado de forma contínua por meio de sistema informatizado integrado, permitindo o acompanhamento em tempo real das entradas, saídas, transferências, devoluções, ajustes, perdas e saldos disponíveis, assegurando a rastreabilidade das movimentações e a confiabilidade das informações gerenciais.

O gerenciamento dos estoques observará parâmetros previamente definidos para estoque mínimo, estoque máximo, estoque de segurança e ponto de reposição, possibilitando o monitoramento permanente da disponibilidade dos materiais e a programação tempestiva das aquisições. Esses parâmetros serão revisados periodicamente de acordo com o comportamento do consumo,

alterações do perfil assistencial, sazonalidade, criticidade dos insumos e tempo médio de reposição pelos fornecedores.

Serão monitorados, de forma sistemática, indicadores relacionados à cobertura de estoque, giro dos materiais, consumo médio, materiais próximos ao vencimento, perdas, avarias, devoluções, estoque ocioso e ocorrências de ruptura de abastecimento, subsidiando a tomada de decisão pelos gestores e a implementação de ações corretivas e preventivas.

Inventários periódicos, rotativos e gerais serão realizados conforme cronograma institucional, permitindo a conciliação entre os saldos físicos e os registros eletrônicos, a identificação de inconsistências e o fortalecimento dos mecanismos de controle interno.

Distribuição

A distribuição dos materiais, medicamentos e insumos será realizada de forma programada, observando as necessidades operacionais das unidades, os níveis de estoque disponíveis, o consumo histórico e as prioridades assistenciais, garantindo o abastecimento oportuno e a continuidade da prestação dos serviços.

As solicitações de materiais serão formalizadas pelos setores requisitantes mediante sistema informatizado, respeitando os níveis de autorização estabelecidos e os cronogramas de abastecimento definidos pela Gerência de Almoxarifado e Patrimônio. Após validação da requisição, será realizada a separação, conferência, registro da movimentação e disponibilização dos materiais para entrega ou retirada.

Todas as movimentações serão registradas eletronicamente, vinculando os materiais distribuídos ao setor solicitante, ao responsável pelo recebimento, à data da movimentação e aos respectivos documentos de controle, assegurando completa rastreabilidade durante todo o processo.

Demandas urgentes ou extraordinárias serão atendidas mediante fluxo específico de prioridade, garantindo o fornecimento imediato dos insumos críticos, sem prejuízo da posterior regularização dos registros administrativos.

Reposição

A reposição dos estoques será executada de forma contínua e programada, garantindo que os níveis de abastecimento permaneçam compatíveis com as necessidades operacionais das unidades e com as metas assistenciais estabelecidas no Contrato de Gestão.

O processo de reposição será desencadeado a partir do acompanhamento permanente dos níveis de estoque, consumo médio, ponto de reposição, estoque de segurança e tempo de ressuprimento, permitindo que as aquisições sejam iniciadas antes que ocorra comprometimento da disponibilidade dos materiais.

Sempre que identificadas alterações significativas no perfil de consumo, ampliação dos serviços, eventos sazonais ou situações epidemiológicas que impactem a demanda, serão realizadas revisões extraordinárias dos parâmetros de reposição, adequando o planejamento às novas necessidades assistenciais.

Os materiais classificados como estratégicos ou críticos receberão acompanhamento diferenciado, com monitoramento permanente dos níveis de abastecimento e adoção de medidas preventivas destinadas a assegurar sua disponibilidade contínua.

Mecanismos de Controle e Rastreabilidade

Os mecanismos de controle e rastreabilidade serão adotados em todas as etapas da logística de suprimentos, permitindo acompanhar o histórico completo das movimentações desde o recebimento até a distribuição dos materiais às unidades requisitantes.

O sistema informatizado manterá registro das entradas, saídas, transferências, devoluções, ajustes de estoque, identificação do fornecedor, lote, prazo de validade, localização física, setor de destino, data da movimentação e responsável por cada operação, garantindo a integridade das informações e a rastreabilidade dos insumos durante todo o seu ciclo de utilização.

Os registros gerados subsidiarão auditorias internas e externas, prestação de contas do Contrato de Gestão, investigações de não conformidades, processos de recolhimento de produtos quando aplicáveis e demais atividades relacionadas à governança e ao controle patrimonial.

Os mecanismos de rastreabilidade contribuirão ainda para o fortalecimento da segurança assistencial, permitindo rápida identificação de materiais sujeitos a substituição, recolhimento ou qualquer outra intervenção decorrente de alertas sanitários ou não conformidades identificadas pelos órgãos competentes.

Monitoramento do Consumo

O monitoramento do consumo será realizado de forma contínua, utilizando informações geradas pelo sistema informatizado de gestão e relatórios gerenciais que permitam acompanhar o comportamento da demanda, a utilização dos materiais e o desempenho da cadeia de suprimentos.

Serão analisados indicadores relacionados ao consumo por unidade, setor, grupo de materiais e período, possibilitando identificar variações de consumo, tendências de crescimento, utilização acima dos padrões estabelecidos, desperdícios, perdas, materiais de baixa rotatividade e oportunidades de racionalização dos recursos.

As informações produzidas subsidiarão reuniões periódicas entre as áreas de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Coordenações Assistenciais e Gestão Administrativa, permitindo a revisão dos parâmetros de abastecimento, a adequação dos quantitativos programados, a definição de ações corretivas e o aperfeiçoamento contínuo do processo logístico.

Os resultados do monitoramento integrarão o processo de gestão do Contrato de Gestão, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidências, o uso racional dos recursos públicos e a melhoria contínua dos processos de abastecimento.

Prevenção de Desabastecimento

A prevenção de desabastecimento será tratada como processo permanente de gestão de riscos, com foco na manutenção da continuidade da assistência e na disponibilidade dos materiais considerados essenciais ao funcionamento das unidades de saúde.

Para tanto, serão adotadas medidas preventivas como o monitoramento contínuo dos níveis de estoque, acompanhamento dos prazos de entrega dos fornecedores, revisão periódica dos estoques de segurança, avaliação do desempenho dos fornecedores, identificação antecipada de riscos de ruptura da cadeia de abastecimento e planejamento de aquisições compatível com o perfil assistencial das unidades.

Sempre que identificadas situações que possam comprometer o abastecimento, serão implementados planos de contingência, contemplando a antecipação de compras, remanejamento de materiais entre unidades, utilização de fornecedores alternativos previamente qualificados, substituição técnica de produtos quando aplicável e demais estratégias que assegurem a continuidade da assistência, observadas as normas institucionais e a legislação vigente.

As ocorrências relacionadas ao desabastecimento, bem como as ações adotadas para sua mitigação, serão registradas, monitoradas e analisadas pela gestão, permitindo o aperfeiçoamento contínuo dos processos logísticos e o fortalecimento da governança da cadeia de suprimentos.

Fluxo Integrado da Logística de Suprimentos

O fluxo da logística de suprimentos será desenvolvido de forma integrada entre as áreas de planejamento, compras, almoxarifado, farmácia e setores requisitantes, assegurando que todas as etapas ocorram de maneira padronizada, rastreável e continuamente monitorada.

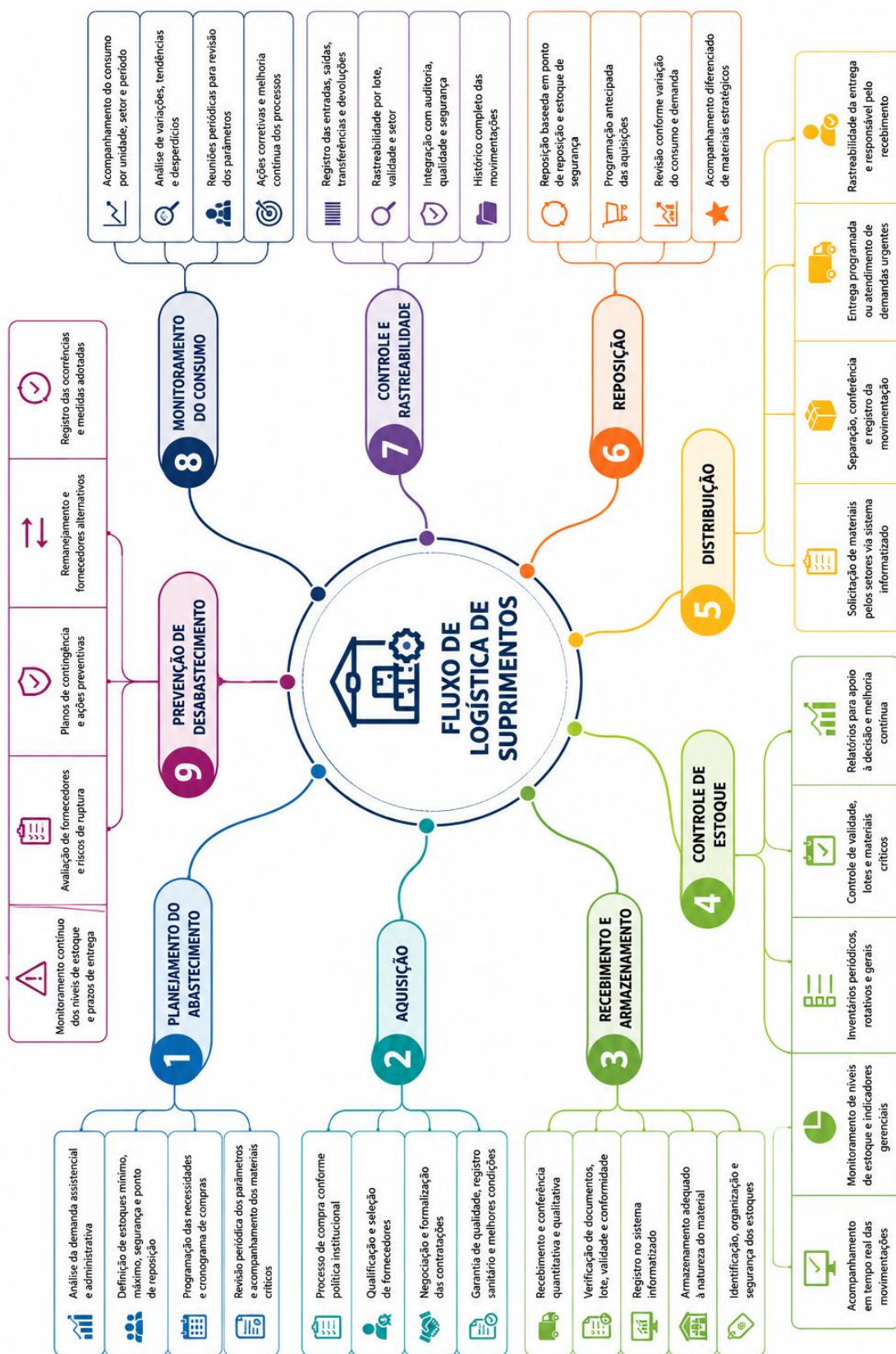
O processo inicia-se com o **planejamento do abastecimento**, fundamentado na análise da demanda assistencial, do consumo histórico, das metas contratuais e dos parâmetros de estoque. Na sequência, é realizado o **processo de aquisição**, observando os procedimentos institucionais de compras, qualificação de fornecedores e critérios técnicos para contratação.

Após o fornecimento dos materiais, ocorre o **recebimento e armazenamento**, compreendendo a conferência quantitativa e qualitativa, registro no sistema informatizado e acondicionamento conforme as características de cada produto. Em seguida, os materiais passam a integrar o **controle de estoque**, permitindo o acompanhamento permanente das movimentações, saldos disponíveis, validade, cobertura de estoque e indicadores gerenciais.

Conforme as necessidades das unidades, os materiais são disponibilizados mediante **distribuição programada ou extraordinária**, com registro integral das movimentações e rastreabilidade das entregas. Paralelamente, o sistema realiza o acompanhamento dos níveis de estoque, possibilitando a **reposição tempestiva** dos materiais sempre que atingidos os parâmetros previamente estabelecidos.

Durante todas as etapas do processo são mantidos mecanismos de **controle, rastreabilidade e monitoramento do consumo**, permitindo identificar desvios, avaliar o desempenho da cadeia logística e subsidiar ações de melhoria contínua. As informações geradas alimentam o processo de gestão e apoiam a adoção de medidas preventivas destinadas a evitar desabastecimentos, assegurando a continuidade operacional e a disponibilidade permanente dos recursos necessários à execução do Contrato de Gestão.

Am



6.1.4 A.4. Proposta para Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Regimento Interno estabelece as diretrizes para organização, funcionamento, gestão técnico-administrativa e operacional das Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária, Equipes de Saúde Bucal e demais serviços integrantes do Lote 1, sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Art. 2º O Regimento tem por finalidade disciplinar a organização institucional, definir competências, atribuições, responsabilidades, fluxos administrativos e assistenciais, normas de funcionamento e mecanismos de supervisão e controle, assegurando a prestação de serviços de saúde conforme os princípios do Sistema Único de Saúde.

Art. 3º As unidades observarão:

- I. Constituição Federal;
- II. Lei nº 8.080/1990;
- III. Lei nº 8.142/1990;
- IV. Política Nacional de Atenção Básica;
- V. normas do Ministério da Saúde;
- VI. legislação municipal;
- VII. Contrato de Gestão;
- VIII. protocolos assistenciais institucionais.

Art. 4º São princípios institucionais:

- I. universalidade;
- II. integralidade;

- III. equidade;
- IV. humanização;
- V. regionalização;
- VI. territorialização;
- VII. trabalho multiprofissional;
- VIII. educação permanente;
- IX. melhoria contínua da qualidade;
- X. transparência administrativa.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º A estrutura organizacional compreenderá:

- I. Diretoria Institucional da Contratada;
- II. Gerência do Contrato;
- III. Coordenação da Atenção Primária;
- IV. Coordenação Administrativa;
- V. Coordenação de Enfermagem;
- VI. Coordenação de Saúde Bucal;
- VII. Responsáveis Técnicos das Unidades;
- VIII. Equipes de Estratégia Saúde da Família;
- IX. Equipes de Atenção Primária;
- X. Equipes de Saúde Bucal;
- XI. Equipes Multiprofissionais;
- XII. Serviços Administrativos;

Am

XIII. Apoio Logístico;

XIV. Serviços de Tecnologia da Informação;

XV. Serviços de Manutenção e Apoio.

Art. 6º A estrutura organizacional será representada em organograma institucional, definindo linhas de subordinação, coordenação e comunicação entre todos os setores.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS

Art. 7º Compete à Gerência do Contrato:

- I. dirigir a execução contratual;
- II. representar institucionalmente a organização perante a Secretaria Municipal de Saúde;
- III. acompanhar metas contratuais;
- IV. promover integração entre unidades;
- V. assegurar conformidade legal e contratual;
- VI. supervisionar indicadores assistenciais e administrativos;
- VII. aprovar planos operacionais;
- VIII. acompanhar resultados.

Art. 8º Compete à Coordenação da Atenção Primária:

- I. coordenar tecnicamente as unidades;
- II. acompanhar a execução dos programas estratégicos;
- III. supervisionar protocolos assistenciais;
- IV. promover integração entre equipes;
- V. apoiar a organização dos processos assistenciais;

VI. monitorar indicadores.

Art. 9º Compete à Coordenação Administrativa:

- I. supervisionar processos administrativos;
- II. coordenar patrimônio, almoxarifado e suprimentos;
- III. acompanhar contratos administrativos;
- IV. apoiar recursos humanos;
- V. controlar documentação institucional;
- VI. acompanhar manutenção predial.

Art. 10º Compete à Coordenação de Enfermagem:

- I. organizar a assistência de enfermagem;
- II. supervisionar equipes;
- III. acompanhar indicadores assistenciais;
- IV. promover educação permanente;
- V. monitorar protocolos institucionais.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS SETORES

Art. 11º Compete à Recepção:

- I. acolher os usuários;
- II. realizar identificação;
- III. orientar os fluxos de atendimento;
- IV. organizar o acesso aos serviços.

Art. 12º Compete ao Cadastro:

- I. cadastrar usuários;

- II. atualizar dados cadastrais;
- III. registrar informações nos sistemas oficiais;
- IV. manter consistência cadastral.

Art. 13º Compete às Equipes Assistenciais:

- I. realizar acolhimento;
- II. prestar assistência integral;
- III. executar ações programáticas;
- IV. realizar visitas domiciliares;
- V. registrar atendimentos em prontuário eletrônico;
- VI. participar das ações coletivas.

Art. 14º Compete à Farmácia:

- I. controlar medicamentos;
- II. realizar dispensação;
- III. controlar estoques;
- IV. promover uso racional de medicamentos.

Art. 15º Compete à Sala de Vacinação:

- I. executar calendário vacinal;
- II. registrar doses aplicadas;
- III. controlar cadeia de frio;
- IV. monitorar coberturas vacinais.

Art. 16º Compete ao setor administrativo:

- I. controlar documentos;
- II. apoiar processos administrativos;
- III. elaborar relatórios;

IV. controlar patrimônio;

V. apoiar prestação de contas.

CAPÍTULO V

DOS NÍVEIS DE RESPONSABILIDADE

Art. 17º A gestão será organizada em três níveis:

I. Estratégico;

II. Tático;

III. Operacional.

Art. 18º O nível estratégico compreenderá:

I. Diretoria Institucional;

II. Gerência do Contrato.

Art. 19º O nível tático compreenderá:

I. Coordenações;

II. Responsáveis Técnicos.

Art. 20º O nível operacional compreenderá:

I. equipes assistenciais;

II. equipes administrativas;

III. profissionais de apoio.

Cada nível responderá pelas decisões compatíveis com sua competência funcional.

CAPÍTULO VI

DOS FLUXOS DE COMUNICAÇÃO

Art. 21º A comunicação institucional ocorrerá por fluxo formal, observando:

- I. comunicação entre equipes;
- II. comunicação entre unidades;
- III. comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde;
- IV. comunicação com Vigilância em Saúde;
- V. comunicação com a Central de Regulação;
- VI. comunicação com Ouvidoria;
- VII. comunicação de eventos adversos;
- VIII. comunicação de incidentes.

Art. 22º Todos os comunicados institucionais deverão observar os meios oficiais definidos pela gestão.

CAPÍTULO VII

DOS PROCESSOS DECISÓRIOS

Art. 23º Os processos decisórios observarão critérios técnicos, administrativos e legais.

Art. 24º As decisões serão fundamentadas em:

- I. legislação vigente;
- II. protocolos institucionais;
- III. indicadores;
- IV. planejamento estratégico;
- V. necessidades assistenciais.

Art. 25º As decisões de maior impacto serão submetidas à Gerência do Contrato.

CAPÍTULO VIII

DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO E CONDUTAS INSTITUCIONAIS

Art. 26º Constituem normas institucionais:

- I. cumprimento da carga horária;
- II. identificação funcional obrigatória;
- III. utilização adequada dos sistemas informatizados;
- IV. sigilo profissional;
- V. proteção de dados pessoais;
- VI. utilização racional dos recursos públicos;
- VII. cumprimento dos protocolos institucionais;
- VIII. respeito aos usuários;
- IX. trabalho interdisciplinar;
- X. preservação do patrimônio público.

Art. 27º Todos os profissionais deverão observar o Código de Ética de sua categoria profissional.

CAPÍTULO IX

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DOS PROCESSOS OPERACIONAIS

Art. 28º Os processos operacionais serão regulamentados por Procedimentos Operacionais Padrão, abrangendo, entre outros:

- I. acolhimento;
- II. cadastro;
- III. atendimento médico;
- IV. atendimento de enfermagem;
- V. atendimento odontológico;

- VI. vacinação;
- VII. visitas domiciliares;
- VIII. dispensação de medicamentos;
- IX. regulação;
- X. vigilância em saúde;
- XI. educação permanente;
- XII. gestão documental;
- XIII. segurança do paciente;
- XIV. gerenciamento de resíduos.

CAPÍTULO X

DA SUPERVISÃO, MONITORAMENTO E CONTROLE

Art. 29º A gestão adotará mecanismos permanentes de supervisão e monitoramento dos serviços.

Art. 30º Constituem instrumentos de controle:

- I. indicadores assistenciais;
- II. indicadores administrativos;
- III. auditorias internas;
- IV. supervisões técnicas;
- V. reuniões periódicas de gestão;
- VI. planos de melhoria;
- VII. monitoramento das metas contratuais;
- VIII. gestão de riscos;
- IX. ouvidoria;

X. avaliação de desempenho.

Art. 31º Os resultados subsidiarão ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua dos processos.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º Este Regimento constitui proposta inicial para regulamentação das unidades sob gestão da Contratada, podendo ser complementado por normas específicas, Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho e demais instrumentos de gestão, observadas as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 33º O Regimento será revisado periodicamente ou sempre que houver alteração da legislação, do Contrato de Gestão ou dos processos organizacionais.

Art. 34º Os casos omissos serão analisados pela Gerência do Contrato em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 35º Este Regimento entrará em vigor após sua aprovação e publicação pelos órgãos competentes, passando a integrar o conjunto de normas institucionais aplicáveis às unidades sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

O presente regimento trata-se de proposta podendo ser ajustado conforme as características das Unidades e conforme avaliação da Irmandade e gestor local após a assinatura do Contrato de Gestão.

6.1.5 A.5. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Responsável Técnico de Enfermagem das Unidades de Atenção Primária à Saúde, no exercício de suas atribuições legais e regulamentares, considerando a Lei Federal nº 7.498/1986, o Decreto nº 94.406/1987, bem como suas atualizações, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as

Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, a Política Nacional de Atenção Básica e demais normas aplicáveis ao Sistema Único de Saúde, estabelece a presente proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem, destinada à organização, funcionamento e qualificação da assistência prestada nas unidades sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Art. 1º O Serviço de Enfermagem tem por finalidade planejar, organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, assegurando assistência integral, contínua, humanizada e resolutiva aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Constituem objetivos do Serviço de Enfermagem:

- I. organizar a assistência de enfermagem conforme os princípios da Atenção Primária à Saúde;
- II. assegurar o cumprimento das normas técnicas e éticas da profissão;
- III. promover assistência integral ao indivíduo, família e comunidade;
- IV. desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde;
- V. garantir a continuidade do cuidado em articulação com a Rede de Atenção à Saúde;
- VI. promover educação permanente da equipe;
- VII. contribuir para o alcance das metas assistenciais e indicadores pactuados;
- VIII. fortalecer a cultura da segurança do paciente.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Art. 3º O Serviço de Enfermagem integra a estrutura organizacional das Unidades de Atenção Primária, subordinando-se tecnicamente ao Responsável Técnico de Enfermagem e administrativamente à Coordenação da Atenção Primária.

Art. 4º O Serviço de Enfermagem será composto por:

- I. Responsável Técnico de Enfermagem;
- II. Enfermeiros das Unidades;
- III. Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família;
- IV. Enfermeiros das Equipes de Atenção Primária, quando existentes;
- V. Técnicos de Enfermagem;
- VI. Auxiliares de Enfermagem, quando previstos no dimensionamento de pessoal.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Art. 5º Compete ao Responsável Técnico:

- I. planejar, coordenar e supervisionar o Serviço de Enfermagem;
- II. garantir o cumprimento da legislação profissional;
- III. elaborar normas, rotinas e procedimentos técnicos;
- IV. supervisionar o dimensionamento das equipes;
- V. acompanhar indicadores assistenciais;
- VI. coordenar programas de educação permanente;
- VII. promover integração entre enfermagem e demais equipes multiprofissionais;
- VIII. acompanhar auditorias e processos de qualidade;
- IX. supervisionar registros de enfermagem;
- X. participar do planejamento da aquisição de materiais e equipamentos;
- XI. acompanhar o cumprimento dos protocolos assistenciais;
- XII. promover ações relacionadas à segurança do paciente;
- XIII. avaliar o desempenho da equipe;
- XIV. assegurar o cumprimento deste Regimento.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS ENFERMEIROS

Art. 6º Compete aos Enfermeiros:

- I. realizar consulta de enfermagem;
- II. executar procedimentos privativos previstos em legislação;
- III. realizar acolhimento com escuta qualificada;

- IV. estratificar riscos conforme protocolos institucionais;
- V. elaborar plano de cuidados;
- VI. realizar visitas domiciliares;
- VII. supervisionar técnicos e auxiliares de enfermagem;
- VIII. coordenar ações de imunização;
- IX. acompanhar usuários portadores de condições crônicas;
- X. desenvolver ações educativas individuais e coletivas;
- XI. participar do planejamento das ações territoriais;
- XII. realizar registros completos no prontuário eletrônico;
- XIII. acompanhar indicadores assistenciais;
- XIV. participar das reuniões de equipe;
- XV. apoiar ações de vigilância em saúde;
- XVI. comunicar eventos adversos e agravos de notificação compulsória;
- XVII. desenvolver ações voltadas à segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Art. 7º Compete aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as competências legais:

- I. executar procedimentos de enfermagem sob supervisão do enfermeiro;
- II. realizar administração de medicamentos;
- III. realizar curativos;
- IV. aferir sinais vitais;
- V. preparar usuários para consultas e procedimentos;
- VI. auxiliar nas ações de vacinação;
- VII. participar das visitas domiciliares quando designados;
- VIII. realizar registros de enfermagem;
- IX. organizar salas de atendimento;
- X. controlar materiais e equipamentos;
- XI. participar das atividades de educação permanente;
- XII. colaborar com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

CAPÍTULO VI

DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS

Art. 8º O Serviço de Enfermagem desenvolverá suas atividades mediante fluxos assistenciais padronizados, contemplando:

- I. acolhimento da demanda espontânea;
- II. consulta de enfermagem;
- III. atendimento programado;
- IV. atendimento domiciliar;
- V. vacinação;
- VI. administração de medicamentos;
- VII. curativos;
- VIII. acompanhamento de gestantes;
- IX. acompanhamento de crianças;
- X. acompanhamento de pessoas com doenças crônicas;
- XI. coleta de exames, quando prevista;
- XII. encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- XIII. monitoramento de usuários em situação de vulnerabilidade.

Todos os fluxos serão regulamentados por Procedimentos Operacionais Padrão e Protocolos Assistenciais.

CAPÍTULO VII

DAS NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM

Art. 9º O Serviço de Enfermagem observará normas institucionais relativas a:

- I. identificação segura do usuário;
- II. registros em prontuário eletrônico;
- III. administração segura de medicamentos;
- IV. conservação da cadeia de frio para imunobiológicos;
- V. controle de materiais e insumos;
- VI. processamento de produtos para saúde, quando aplicável;
- VII. biossegurança;
- VIII. gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- IX. limpeza e organização das salas assistenciais;

- X. utilização de equipamentos de proteção individual;
- XI. prevenção de acidentes ocupacionais.

CAPÍTULO VIII

DO MECANISMO SUPERVISÃO E CONTROLE DE QUALIDADE

Art. 10º A supervisão do Serviço de Enfermagem será realizada de forma sistemática pelo Responsável Técnico e pelos Enfermeiros das unidades.

Art. 11º Constituem instrumentos de supervisão:

- I. visitas técnicas;
- II. auditorias de prontuários;
- III. avaliação de indicadores;
- IV. observação direta da assistência;
- V. reuniões técnicas;
- VI. monitoramento dos protocolos;
- VII. avaliação de desempenho;
- VIII. planos de melhoria contínua.

CAPÍTULO IX

DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 12º O Serviço de Enfermagem adotará práticas voltadas à segurança do paciente, contemplando:

- I. identificação correta do usuário;
- II. comunicação efetiva entre profissionais;
- III. administração segura de medicamentos;
- IV. prevenção de eventos adversos;
- V. notificação de incidentes;
- VI. gerenciamento de riscos assistenciais;
- VII. educação permanente em segurança do paciente;
- VIII. incentivo à cultura de segurança.

CAPÍTULO X

DA INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS SERVIÇOS

Art. 13º O Serviço de Enfermagem atuará de forma integrada com:

- I. Equipes Médicas;
- II. Equipes de Saúde Bucal;

III. Agentes Comunitários de Saúde;

IV. Equipes Multiprofissionais;

V. Assistência Farmacêutica;

VI. Vigilância em Saúde;

VII. Regulação;

VIII. Rede de Atenção à Saúde;

IX. Secretaria Municipal de Saúde.

A integração ocorrerá mediante reuniões de equipe, discussão de casos, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, planejamento territorial, ações intersetoriais e compartilhamento de informações assistenciais.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º O presente Regimento constitui proposta para implantação do Serviço de Enfermagem das unidades sob gestão da Contratada, podendo ser complementado por Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho e demais normas institucionais.

Art. 15º O Regimento será revisado periodicamente, observando alterações na legislação profissional, nas diretrizes do Ministério da Saúde, nas normas do Conselho Federal de Enfermagem e nas necessidades dos serviços.

Art. 16º Este Regimento entrará em vigor após aprovação institucional e validação pela Secretaria Municipal de Saúde.

O presente regimento trata-se de proposta podendo ser ajustado conforme as características das Unidades e conforme avaliação da Irmandade e gestor local após a assinatura do Contrato de Gestão.

6.1.6 A.6. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Corpo Clínico das Unidades de Atenção Primária à Saúde, sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de

Atenção Básica, a Lei Federal nº 8.080/1990, a Lei nº 3.268/1957, o Código de Ética Médica, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e demais normas aplicáveis, estabelece a presente proposta de Regimento do Corpo Clínico, destinada à organização das atividades médicas, definição de responsabilidades profissionais, padronização da assistência e fortalecimento da integração entre os serviços da Rede Municipal de Saúde.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º O presente Regimento tem por finalidade disciplinar a organização e o funcionamento do Corpo Clínico das Unidades Básicas de Saúde, definindo sua composição, competências, responsabilidades, critérios de admissão, normas de atuação, mecanismos de supervisão e avaliação, bem como sua integração com os demais serviços da Atenção Primária e da Rede Municipal de Saúde.

Art. 2º O Corpo Clínico será composto por médicos regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina, integrantes das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária e demais profissionais médicos previstos no Contrato de Gestão, assegurando-lhes autonomia técnica e científica, observados os princípios éticos, legais e institucionais.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3º Constituem objetivos do Corpo Clínico:

- prestar assistência médica integral, resolutiva, humanizada e centrada nas necessidades da população adscrita;
- promover a longitudinalidade do cuidado e o vínculo entre equipe e usuário;
- assegurar a observância dos protocolos clínicos e das linhas de cuidado estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde;
- incentivar a atualização técnico-científica e a educação permanente;
- participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações assistenciais;

- contribuir para o alcance das metas e indicadores pactuados no Contrato de Gestão;
- fortalecer o trabalho interdisciplinar e a integração com a Rede de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 4º O Corpo Clínico será constituído por médicos legalmente habilitados, vinculados às unidades sob gestão da Contratada.

Art. 5º Integram o Corpo Clínico:

- Médico Responsável Técnico;
- Médicos das Equipes de Saúde da Família;
- Médicos das Equipes de Atenção Primária;
- Médicos de programas específicos previstos contratualmente;
- Médicos que vierem a integrar os serviços durante a vigência do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6º A organização do Corpo Clínico será coordenada pelo Responsável Técnico Médico, em articulação com a Coordenação da Atenção Primária e a Gerência do Contrato.

Art. 7º O Corpo Clínico desenvolverá suas atividades mediante:

- reuniões periódicas;
- discussão de casos clínicos;
- elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares;
- planejamento das ações territoriais;
- participação em programas de educação permanente;
- monitoramento dos indicadores assistenciais;
- avaliação dos protocolos clínicos.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

Art. 8º Compete ao Responsável Técnico Médico:

- coordenar tecnicamente o Corpo Clínico;
- supervisionar a qualidade da assistência médica;
- promover o cumprimento deste Regimento;
- acompanhar indicadores assistenciais;
- incentivar o desenvolvimento técnico-científico da equipe;
- apoiar a elaboração e atualização dos protocolos clínicos;
- promover integração entre os profissionais médicos e a equipe multiprofissional;

- representar tecnicamente o Corpo Clínico perante a gestão da unidade.

Art. 9º Compete aos médicos integrantes do Corpo Clínico:

- realizar consultas médicas individuais e compartilhadas;
- prestar assistência integral aos usuários;
- desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

- realizar visitas domiciliares quando indicadas;
- participar das ações coletivas da unidade;
- elaborar Projetos Terapêuticos Singulares;
- registrar adequadamente os atendimentos em prontuário eletrônico;
- realizar encaminhamentos conforme protocolos de regulação;
- participar das reuniões de equipe;
- desenvolver ações de educação em saúde;
- colaborar com as atividades de ensino, pesquisa e educação permanente;

- cumprir os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidos.

CAPÍTULO VI

DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA

Art. 10º O ingresso no Corpo Clínico dependerá de:

- registro ativo no Conselho Regional de Medicina;
- comprovação da qualificação profissional exigida para o cargo;
- atendimento aos requisitos previstos no Contrato de Gestão;
- conhecimento das normas institucionais;
- ciência e concordância com o presente Regimento.

Art. 11º A permanência no Corpo Clínico estará condicionada:

- ao cumprimento das normas éticas e legais;
- ao desempenho satisfatório das atividades;
- ao cumprimento da carga horária contratual;
- ao atendimento das metas assistenciais;
- à participação nas atividades institucionais obrigatórias.

CAPÍTULO VII

DAS NORMAS DE ATUAÇÃO

Art. 12º Os profissionais médicos deverão observar:

- Código de Ética Médica;
- protocolos clínicos institucionais;
- diretrizes da Atenção Primária;
- normas de biossegurança;
- sigilo profissional;
- utilização adequada dos sistemas informatizados;
- registro completo dos atendimentos;
- utilização racional dos recursos públicos;
- respeito aos usuários, familiares e demais profissionais.

CAPÍTULO VIII

MECANISMO DE SUPERVISÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Art. 13º O Corpo Clínico será acompanhado mediante processos permanentes de supervisão técnica e avaliação de desempenho.

Art. 14º Constituem instrumentos de supervisão:

- auditoria de prontuários;
- avaliação dos indicadores assistenciais;
- monitoramento da produção assistencial;
- reuniões técnicas;
- supervisões periódicas;
- avaliação de desempenho profissional;
- monitoramento do cumprimento dos protocolos clínicos;
- elaboração de planos de melhoria.

CAPÍTULO IX

DA PARTICIPAÇÃO NAS COMISSÕES TÉCNICAS

Art. 15º Os profissionais médicos participarão das comissões técnicas instituídas pela gestão, conforme a natureza das atividades desenvolvidas, podendo integrar, entre outras:

- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Segurança do Paciente;
- Comissão de Ética Médica, quando instituída;
- Comissão de Óbitos, quando aplicável;
- Outras comissões previstas pela Secretaria Municipal de Saúde ou pela Contratada.

CAPÍTULO X

DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS E CUMPRIMENTO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

Art. 16º O Corpo Clínico participará do monitoramento dos indicadores assistenciais, contribuindo para o alcance das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Art. 17º Os profissionais deverão atuar em conformidade com:

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde;
- Protocolos Assistenciais Municipais;
- Linhas de Cuidado;
- Protocolos Institucionais;
- critérios de referência e contrarreferência;
- protocolos de regulação do acesso.

CAPÍTULO XI

DA INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS SERVIÇOS

Art. 18º O Corpo Clínico atuará de forma integrada com:

- equipes de enfermagem;
- equipes de saúde bucal;
- agentes comunitários de saúde;
- equipes multiprofissionais;
- assistência farmacêutica;
- vigilância em saúde;

- central de regulação;
- serviços especializados;
- hospitais de referência;
- demais serviços da Rede Municipal de Saúde.

A integração ocorrerá mediante reuniões de equipe, matriciamento, discussão de casos, Projetos Terapêuticos Singulares, encaminhamentos regulados, compartilhamento de informações assistenciais e desenvolvimento conjunto das ações previstas no planejamento das unidades.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º O presente Regimento constitui proposta para organização e funcionamento do Corpo Clínico das unidades sob gestão da Contratada, podendo ser complementado por Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho e demais normas institucionais.

Art. 20º O Regimento será revisado periodicamente ou sempre que houver alterações na legislação profissional, nas diretrizes do Ministério da Saúde, nas normas do Conselho Federal de Medicina, no Contrato de Gestão ou na organização dos serviços.

Art. 21º Este Regimento entrará em vigor após aprovação institucional e validação pela Secretaria Municipal de Saúde.

O presente regimento trata-se de proposta podendo ser ajustado conforme as características das Unidades e conforme avaliação da Irmandade e gestor local após a assinatura do Contrato de Gestão.

6.1.7 A.7. Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde,

que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O Setor de Faturamento tem como principal objetivo faturar as contas dos serviços de saúde.

É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta dos Serviços de Saúde. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço. A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente Unidade de Saúde. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento da Unidade, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do Prontuário Eletrônico objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de

um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento

de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar, programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão. A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar a estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n.º 18/1999 e SAS/MS n.º 35/1999 e nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990 e, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM. A partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

- ✓ Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS;
- ✓ Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH;
- ✓ Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS;
- ✓ Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM;
- ✓ Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de

Am

suporte;

- ✓ Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores;
- ✓ Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS;
- ✓ Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde;

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

Competências

- ✓ Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;
- ✓ Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;
- ✓ Informar o corpo clínico e técnico-administrativo da Unidade sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;
- ✓ Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;
- ✓ Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Demanda espontânea e referenciada – Classificação de Risco:

- ✓ Para os pacientes oriundos de demanda espontânea ou referenciada deverá ser gerado a ficha de atendimento no guichê e encaminhar o paciente à sala de classificação de risco;
- ✓ Caso a enfermeira avalie que a demanda do paciente se enquadre no perfil de atendimento da Unidade, o mesmo é conduzido a sala de emergência para o atendimento médico. Não se tratando de perfil da Unidade, o paciente é contrareferenciado para a unidade adequada, depois de devidamente acolhido.

Revisão de prontuários

A AIH já devidamente regulada e autorizada é guardada em pastas conforme ordem alfabética, quando o paciente recebe alta hospitalar ou o ciclo da internação é encerrado o prontuário é entregue no setor de revisão de prontuários. A AIH que estava guardada na pasta é agregada ao prontuário e um funcionário devidamente treinado e com conhecimento de Tabela SUS e do perfil da Unidade, verifica a conformidade entre o código do procedimento preenchido na AIH e os registros clínicos ou cirúrgicos do prontuário, em existindo divergência preenche-se o formulário de mudança de procedimento indicando o procedimento adequado, tal mudança passa pelo crivo do chefe de plantão que assina o formulário e pelo médico regulador, estando tudo em conformidade a mudança é lançada no Sistema de Regulação.

Todo este processo de conferência é feito tendo-se contato diariamente com a Seção de Faturamento para troca de informações/orientações quanto a adequação dos procedimentos com melhor preço, habilitações, serviço de classificação e demais pendências.

O SAME trabalha em parceria com o faturamento diariamente, inclusive informando pendências de registro no Sistema de Regulação.

Após tais conferências o prontuário é encaminhado à Seção de Faturamento.

Fichas dos atendimentos ambulatoriais e primeiro atendimento com permanência menor que 24 horas

O atendimento dos pacientes que adentram a unidade pela emergência ou classificação de risco que são liberados pelo médico com menos de 24 horas são faturados na modalidade ambulatorial, gerando-se apenas a ficha de atendimento e demais documentos que registram a assistência prestada.

Vale ressaltar que, em sendo realizado procedimentos invasivos, mesmo que o médico libere o paciente no mesmo dia deve ser preenchido a AIH e nos casos de óbito institucional também preenchamos AIH.

As fichas dos atendimentos mencionados, bem como as fichas dos atendimentos de acompanhamento ambulatorial (ambulatório de retorno hospitalar para acompanhamento pós-internação com as especialidades e equipe multidisciplinar) são entregues ao faturamento.

Processos de faturamento

Prontuários

Os prontuários recebidos são novamente revisados por um funcionário da Seção de Faturamento para verificação de data de entrada e saída, se o prontuário está completo, valor do procedimento e demais averiguações. Todos são relacionados em planilhas numeradas em sequência contendo o nome do paciente, data de entrada e saída e procedimento, tal fluxo possibilita a localização e organização dos prontuários no espaço físico.

Depois de relacionados, as AIH's são retiradas dos prontuários e encaminhadas com uma via da planilha à sede do Complexo Regulador Municipal conforme fluxo previamente determinado por eles para que possam liberar o sequencial de faturamento (sequencial numérico de 13 dígitos liberado pelo MS e que permite a apresentação da AIH na base do SUS).

Cada faturista pega um pacote de prontuários e procede ao faturamento lançando os dados no FATAIH (programa de faturamento). Se a AIH ainda não retornou da Regulação, faturamos a princípio usando o número do prontuário, quando as AIH's retornam procedemos a troca do prontuário pelo sequencial de faturamento liberado pela regulação.

Faturamento das Fichas de atendimento e fichas ambulatoriais.

- ✓ As fichas são separadas por data para melhor organização interna, apura-se na ficha a conduta registrada pelo médico e procede-se ao lançamento no sistema BPA. Após os lançamentos as fichas são encaminhadas para arquivamento. No fim do mês transferimos o arquivo gerado no sistema para o BPAMAG do Ministério da Saúde, com a consistência e ajustes, gera o arquivo final e entrega no Complexo Regulador.

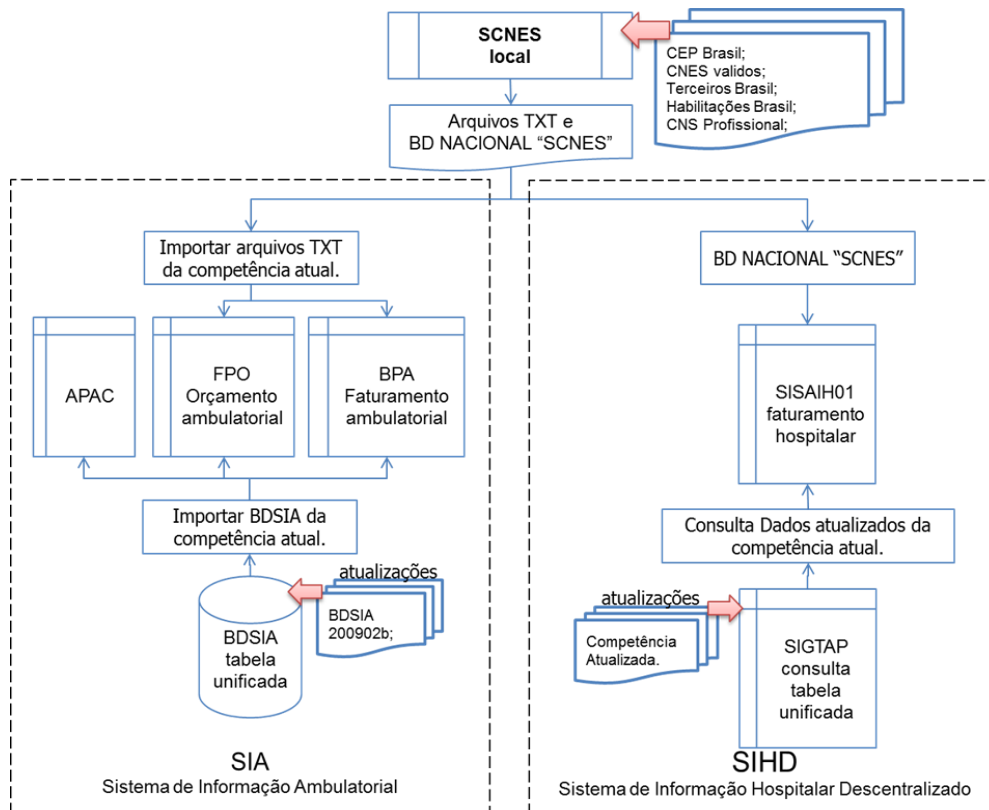
lrm

- ✓ Este Manual destina-se a auxiliar gestores, faturistas para trabalharem com os sistemas de captação de dados e com o processamento da informação do atendimento ao paciente da Unidade na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ O CNES é a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, visa disponibilizar informações das atuais condições e infraestrutura de funcionamento da Unidade.
- ✓ Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no Faturamento.
- ✓ A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se compromete em manter todos os sistemas atualizados e todos na mesma competência, evitando contratempos para o fechamento do faturamento dos prontuários da Unidade.

O cadastramento no CNES se dará da seguinte forma:

- ✓ **Identificação:** nome, código do CNES, número do CNPJ, natureza, endereço, telefone, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, gestão e alvará sanitário.

Am



- ✓ **Básico:** caracterização, infraestrutura, atividade, atendimentos, vínculo e endereço complementar.
- ✓ **Conjunto:** informações gerais, equipamentos e vínculo com cooperativas.
- ✓ **Ambulatorial:** radioterapia e hemoterapia.
- ✓ **Hospitalar:** leitos por especialidade, complementares e total (existentes e SUS).
- ✓ **Mantenedora:** indica o nome, se for o caso, da entidade que a mantém.
- ✓ **Profissionais:** nome, CNS, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), carga horária semanal, vínculo empregatício e situação.
- ✓ **Habilitações:** código e a descrição das existentes.
- ✓ **Regras Contratuais:** se existir – código e a descrição das existentes.
- ✓ **Contrato de Gestão e Metas:** se existir – código e a descrição das existentes.

Processamento da Informação do Atendimento no SUS

Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é de uso obrigatório para especificar o profissional habilitado nas unidades para realizar determinado procedimento.

A tabela de CBO é nacional e está sob a gestão do Ministério do Trabalho e Emprego. A informação do CBO no CNES deve observar do que o profissional “se ocupa” naquela unidade.

Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

O **SIA** disponibiliza o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilita a geração de informações, facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

O SIGTAP é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. Permite a geração de inúmeros relatórios e disponibiliza informações atualizadas, tais como:

- ✓ procedimento por grupo, subgrupo, forma de organização, código, nome, descrição do procedimento, CID compatível, leito compatível, serviço/classificação, habilitação, incremento, modalidade de atendimento, complexidade do procedimento, tipo de financiamento, instrumento de registro, sexo compatível com o procedimento realizado. O sistema também fornece relatórios com atributos (filtros), por exemplo: descrição de relacionamentos e de compatibilidade. Quando confrontado com o **CNES**, permite identificar indícios de distorções quanto à produção dos procedimentos apresentados referentes à capacidade física e de recursos humanos da unidade assistencial. A tabela deverá ser atualizada no sistema devidamente todo início de mês/e ou início de competência, o Sistema **DATASUS** disponibiliza atualizações na maioria de seus sistemas.

Imagem: Modelo de Relatório de Frequência de Procedimentos Ambulatoriais TABWIN.

Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada Subtítulo: Frequência VI Aprovado Qtd. Apresentada VI Apresentado segundo Procediment

Procedimento[2008+]	Freq	VI.Aprov	Qtd.Apres	VI.Apres	Custo Médio
Total	86.327	2.596.277,06	87.769	2.601.979,06	30,07
0304010286 RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FOTONS (POR CAMPO	8.950	268.500,00	8.950	268.500,00	30,00
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	8.739	96.129,00	8.739	96.129,00	11,00
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	8.078	80.780,00	8.078	80.780,00	10,00
0301060096 ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	5.504	60.544,00	5.504	60.544,00	11,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATEN	5.366	66.914,02	5.366	66.914,02	12,47
0301100020 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO BÁSICA (POR PACIE	4.503	0,00	4.503	0,00	0,00
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	3.817	15.687,87	3.817	15.687,87	4,11
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	3.287	0,00	3.287	0,00	0,00
0301100101 INALACÃO / NEBULIZAÇÃO	2.651	0,00	2.651	0,00	0,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	2.118	3.918,30	2.118	3.918,30	1,85
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	1.584	51.321,60	1.584	51.321,60	32,40
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1.510	7.051,70	1.510	7.051,70	4,67
0301010110 CONSULTA PRE-NATAL	1.212	0,00	1.212	0,00	0,00
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1.157	7.960,16	1.157	7.960,16	6,88
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1.115	4.125,50	1.115	4.125,50	3,70
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	953	1.763,05	1.038	1.920,30	1,85
0304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO	732	220.698,00	732	220.698,00	301,50
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	683	1.372,83	718	1.443,18	2,01
0202010210 DOSAGEM DE CÁLCIO	655	1.211,75	655	1.211,75	1,85
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURC	610	3.873,50	610	3.873,50	6,35
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	600	1.110,00	960	1.776,00	1,85
0304050121 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	527	42.028,25	527	42.028,25	79,75

Fonte: DATASUS – Exemplo de arquivos de produção ambulatorial.

Esse relatório irá nos permitir:

- ✓ Verificar as variáveis: procedimento, frequência, valor aprovado, quantidade e valores apresentados;
- ✓ Calcular o valor médio por procedimento;
- ✓ Calcular os indicadores assistenciais;
- ✓ Verificar indícios de distorções na formalização da Programação Físico- Orçamentária (FPO);
- ✓ Identificar apresentações indevidas de procedimentos.

A partir dessas informações, é possível avaliar os indicadores:

- ✓ Consulta, habitante, ano; e
- ✓ Consulta x procedimentos com finalidade diagnóstica.

Estrutura e/ou Funcionalidade

Horário de Funcionamento e Equipe mínima

O setor de Faturamento funcionará de segunda a sexta-feira em horário comercial das 08:00 às 17:00h, exceto em dias de feriados.

Chefia e Membros

A equipe mínima que irá compor este serviço será composta por: Supervisor Administrativo (responsável pelo serviço), assistente e auxiliar administrativo.

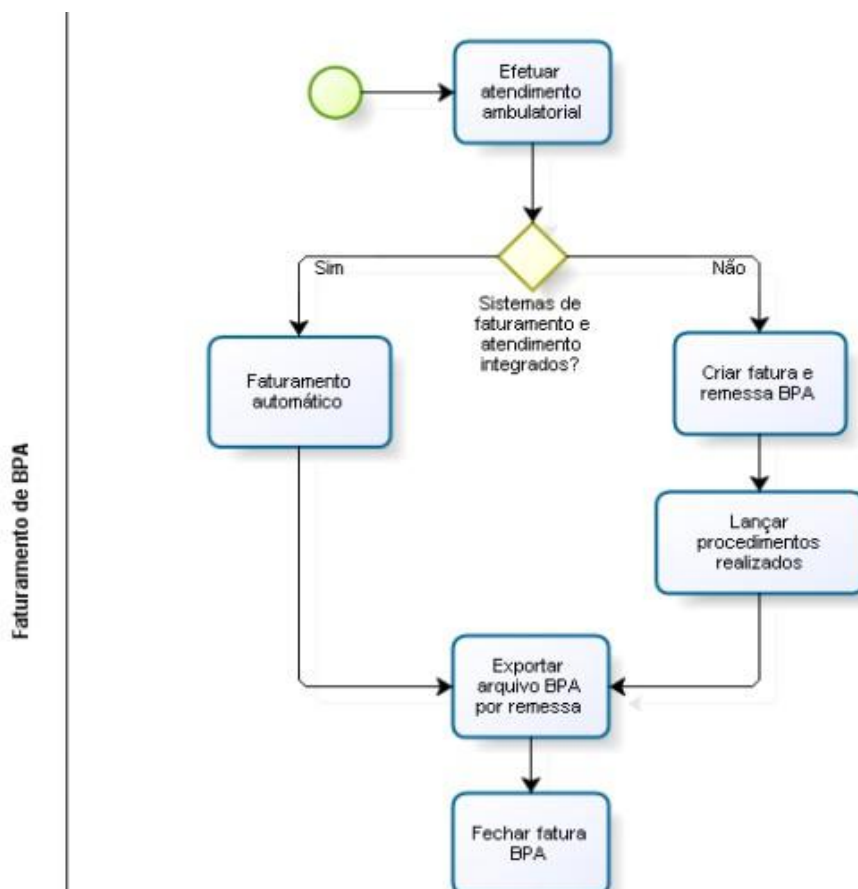
Vínculo com a Unidade

Os profissionais que atuarão no setor de faturamento terão vínculo celetista com a Unidade.

Fluxo e Rotina do Faturamento

Fluxo dos processos a serem implantados.

Faturamento de BPA



Responsabilidades

Setores	Responsabilidades
Unidades	Emitir relatórios de atendimentos, conferir os Boletins de Atendimentos e enviar diariamente ao faturamento.
SADTS:	Enviar diariamente os laudos dos exames realizados ao faturamento.
Tecnologia da Informação:	Disponibilizar e manter o sistema informatizado em funcionamento, com as devidas atualizações e disponibilização aos setores pertinentes.
Arquivo:	Arquivar e controlar os prontuários.

O faturamento do ambulatório/urgência e emergência envolve a realização de procedimentos que assegurem a cobrança.

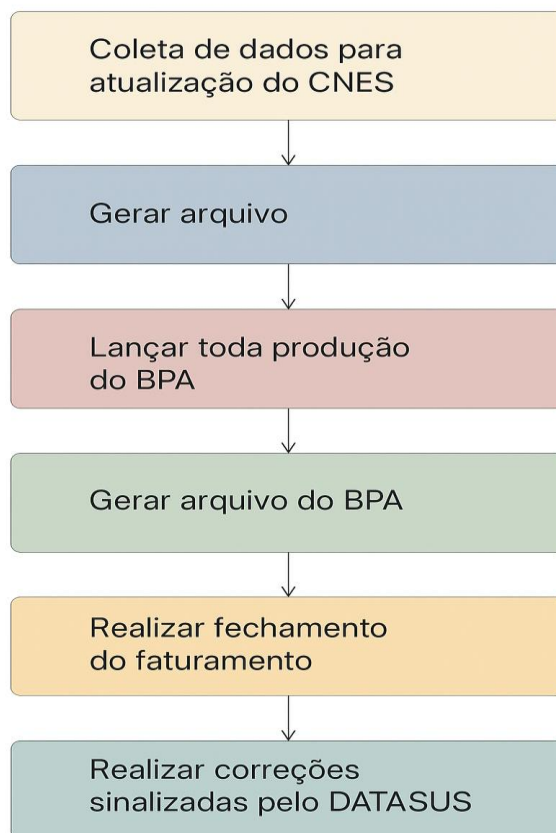
A atualização dos registros nos órgãos de regulação do SUS também são as atividades do faturamento, assim como as informações referentes à produção das Unidades, sendo que o gerenciamento do faturamento está baseado nas normas do SUS.

Todos os colaboradores da Unidade devem atuar para minimizar os riscos das suas atividades, através do cumprimento dos Procedimentos Operacionais Padrão, elaboração dos registros e notificação dos eventos adversos.

Como resultados, a Unidade será mais seguro e as falhas que porventura acontecerem, será abordado como oportunidade de melhorias, de modo que, continuamente sejam recebidas melhorias na assistência prestada.

Descrição das Atividades

Am



Prontuário do Paciente

O Prontuário do paciente é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e de outros profissionais de saúde prestados ao paciente. O prontuário é um instrumento valioso para a paciente, para o médico e demais profissionais de saúde, para a unidade que atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência prestada.

As anotações no prontuário ou ficha clínica deverão ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Além disso, o profissional de saúde está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição. Não há lei que obrigue o uso do carimbo, mas que o nome do profissional de saúde e sua respectiva inscrição estejam legíveis.

No Prontuário do paciente deverão ser registrados minimamente:

- ✓ Atendimento ambulatorial;

- ✓ Atendimento de urgência;
- ✓ Evolução médica;
- ✓ Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes - No caso de o paciente ficar em observação, as prescrições deverão dispor de data e horário em todas elas;
- ✓ Exames complementares (laboratoriais, radiológicos e outros) e seus respectivos resultados;
- ✓ Resumo de alta.

Itens obrigatórios que deverão conter no prontuário do paciente:

- ✓ Identificação da paciente;
- ✓ Anamnese;
- ✓ Exame físico;
- ✓ Hipóteses diagnósticas;
- ✓ Diagnóstico (s) definitivo (s);
- ✓ Tratamento (s) efetuado (s).

O que não deverá ser feito no prontuário:

- ✓ Escrever a lápis;
- ✓ Usar líquido corretor;
- ✓ Deixar folhas em branco;
- ✓ Rasuras;
- ✓ Fazer anotações que não se referem ao paciente.

Periodicidade do Processamento do Faturamento SUS

O faturamento hospitalar e ambulatorial deve ser processado mensalmente, seguindo a competência de atendimento e o cronograma estabelecido pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Saúde do município/estado, em conformidade com as regras do DATASUS.

- ✓ Produção Ambulatorial (BPA/SIA-SUS): registrada preferencialmente em BPA-I (Individualizado), mesmo quando houver opção de BPA-C (Consolidado).

- ✓ Produção Hospitalar (AIH/SIH-SUS): processada mensalmente com base nas internações e altas hospitalares.
- ✓ Procedimentos vinculados ao CNES: todos os profissionais, serviços e estabelecimentos devem estar corretamente cadastrados e atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), incluindo CNS do paciente, CBO do profissional, carga horária e CPF, garantindo consistência entre sistemas locais e a Base Nacional.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO

OBJETIVO

Finalidade

O presente Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento tem por finalidade estabelecer os procedimentos administrativos relacionados ao registro, conferência, validação, processamento, monitoramento e consolidação da produção assistencial sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, assegurando a integridade das informações, a conformidade dos registros assistenciais e administrativos, a rastreabilidade das ações executadas e a correta prestação de contas dos serviços realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde

O Manual estabelece rotinas padronizadas para todas as etapas do processo de faturamento, promovendo a uniformização das atividades desenvolvidas pelas equipes assistenciais, administrativas e de apoio, reduzindo inconsistências, prevenindo glosas administrativas e qualificando as informações encaminhadas aos sistemas oficiais de informação em saúde.

Abrangência

As rotinas descritas neste Manual aplicam-se a todas as Unidades integrantes do Contrato de Gestão, compreendendo os processos administrativos relacionados à produção assistencial pelas Unidades e profissionais vinculados à execução contratual.

As disposições também se aplicam aos setores administrativos responsáveis pelo cadastro dos usuários, controle documental, processamento da produção, auditoria, tecnologia da informação, gestão do contrato e prestação de contas.

Objetivos Específicos

Constituem objetivos deste Manual:

- padronizar as rotinas administrativas relacionadas ao faturamento da produção assistencial;
- assegurar que toda produção realizada seja registrada de forma completa, tempestiva e compatível com a assistência prestada;
- estabelecer responsabilidades para cada etapa do processo de faturamento;
- garantir conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- fortalecer os mecanismos de controle interno, auditoria e monitoramento da produção;
- reduzir inconsistências cadastrais, assistenciais e administrativas que possam comprometer o processamento da produção;
- subsidiar a elaboração da prestação de contas do Contrato de Gestão.

Base Normativa

A elaboração e aplicação deste Manual observarão, entre outras, as seguintes normas e instrumentos:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;
- Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), no que couber ao tratamento de dados pessoais e sensíveis;
- Política Nacional de Atenção Básica, quando aplicável;
- Política Nacional de Atenção às Urgências, quando aplicável;
- Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS);
- Portarias de Consolidação GM/MS nº 1, nº 2, nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e suas alterações;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP);
- Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), quando aplicável;
- Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), quando aplicável;
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), quando aplicável;

- Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS APS) ou outro sistema informatizado oficial adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, quando aplicável;
- Sistemas oficiais de regulação, gestão e processamento da produção assistencial utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, quando aplicável;
- Normas técnicas, manuais e orientações publicadas pelo Ministério da Saúde relativas ao registro, processamento, monitoramento e faturamento da produção assistencial;
- Contrato de Gestão celebrado com o Município de Ferraz de Vasconcelos;
- Normas complementares expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Princípios Gerais

O processamento da produção assistencial observará os seguintes princípios:

Rastreabilidade, permitindo identificar todas as etapas do registro da produção, desde o atendimento ao usuário até sua consolidação para fins de faturamento.

Confiabilidade, assegurando que as informações registradas correspondam aos procedimentos efetivamente realizados.

Conformidade, garantindo observância às normas do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e às cláusulas do Contrato de Gestão.

Tempestividade, assegurando que os registros sejam realizados dentro dos prazos operacionais estabelecidos.

Segurança da informação, preservando a integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados assistenciais e administrativos.

Transparência, possibilitando a rastreabilidade documental e o adequado acompanhamento da produção assistencial pelos órgãos de controle e fiscalização.

Estrutura do Processo de Faturamento

Para fins deste Manual, o processo administrativo de faturamento será desenvolvido em onze etapas integradas:

- ✓ Registro da Produção Assistencial.
- ✓ Conferência da Produção Assistencial.
- ✓ Validação da Produção Assistencial.
- ✓ Processamento da Produção Assistencial.

- ✓ Consolidação da Competência.
- ✓ Auditoria Administrativa.
- ✓ Tratamento das Inconsistências.
- ✓ Encaminhamento aos Sistemas Oficiais.
- ✓ Monitoramento dos Indicadores.
- ✓ Prestação de Contas.
- ✓ Arquivamento e Guarda da Documentação.

Cada etapa possuirá fluxo operacional próprio, definição das responsabilidades, pontos de controle, documentos gerados e mecanismos de monitoramento, assegurando padronização dos processos e conformidade com as normas vigentes.

Fluxo de Registro da Produção Assistencial

Objetivo

Estabelecer o processo de registro da produção assistencial realizada nas Unidades Básicas de Saúde, assegurando que todos os atendimentos, procedimentos e ações desenvolvidas pelas equipes sejam registrados de forma íntegra, padronizada e tempestiva, permitindo sua rastreabilidade, processamento nos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde e utilização para fins de monitoramento, faturamento e prestação de contas.

Responsáveis

Participam desta etapa os profissionais assistenciais responsáveis pela execução das ações de saúde, a recepção da unidade, o setor administrativo, a Coordenação da Unidade e o setor de faturamento.

Descrição da rotina

O processo inicia-se com a identificação do usuário, mediante apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e documento oficial de identificação, quando necessário. A equipe administrativa realiza a conferência do cadastro existente e promove sua atualização sempre que identificada alteração cadastral, garantindo a consistência das informações que subsidiarão os registros assistenciais.

Após a confirmação do cadastro, o atendimento é realizado pelo profissional habilitado, que registra todas as informações clínicas e administrativas diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS)

ou em sistema informatizado oficialmente adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os registros deverão refletir integralmente a assistência prestada, contemplando, conforme a natureza do atendimento, identificação do profissional executor, data e horário do atendimento, procedimento realizado, evolução clínica, diagnósticos, prescrições, solicitações de exames, encaminhamentos, vacinação, visitas domiciliares, atividades coletivas e demais informações exigidas pelos sistemas oficiais.

Os procedimentos deverão ser registrados conforme a codificação vigente da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), observando a compatibilidade entre o procedimento executado, o perfil profissional, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Concluído o atendimento, os registros permanecerão disponíveis para conferência administrativa e processamento da produção da competência correspondente.

Documentos e registros utilizados

- Cadastro do usuário.
- Cartão Nacional de Saúde.
- Prontuário Eletrônico do Cidadão.
- Agenda eletrônica de atendimentos.
- Registro dos procedimentos realizados.
- Sistemas oficiais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Pontos de controle

- identificação correta do usuário;
- cadastro atualizado;
- preenchimento completo do prontuário;
- compatibilidade entre procedimento realizado e procedimento registrado;
- identificação do profissional executor;
- registro realizado na competência correta;
- observância da codificação oficial dos procedimentos.

Resultado esperado

Produção assistencial registrada de forma íntegra, consistente e disponível para as etapas subsequentes de conferência, validação e processamento.

 RESUMO DO FLUXO DE REGISTRO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL			
ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Identificação e atualização cadastral do usuário	Recepção	Cadastro validado
2	Realização do atendimento	Equipe Assistencial	Atendimento concluído
3	Registro da assistência no prontuário eletrônico	Profissional Assistencial	Prontuário atualizado
4	Registro da produção conforme SIGTAP	Profissional Assistencial	Produção registrada
5	Disponibilização para conferência	Sistema/Equipe Administrativa	Produção disponível

Fluxo de Conferência da Produção Assistencial

Objetivo

Garantir a consistência dos registros assistenciais e administrativos antes do processamento da produção, identificando falhas de preenchimento, divergências cadastrais, incompatibilidades entre procedimentos registrados e documentação clínica, bem como inconsistências que possam comprometer a qualidade das informações encaminhadas aos sistemas oficiais.

Responsáveis

A conferência será realizada pelo setor de faturamento, em articulação com as Coordenações das Unidades, profissionais assistenciais e equipe administrativa.

Descrição da rotina

Encerrado o registro da produção assistencial, o setor de faturamento realizará conferência sistemática dos atendimentos registrados na competência, verificando a conformidade entre os registros clínicos e administrativos.

Serão analisadas a consistência dos cadastros dos usuários, a validade do Cartão Nacional de Saúde, a vinculação do profissional ao estabelecimento de saúde, a compatibilidade entre o procedimento registrado e o código

correspondente na SIGTAP, a existência de registros obrigatórios em prontuário eletrônico e a conformidade entre a produção lançada e os documentos assistenciais que a fundamentam.

Também serão verificadas possíveis duplicidades de registros, procedimentos incompatíveis com o perfil profissional, inconsistências relacionadas ao CNES, CBO ou demais parâmetros utilizados pelos sistemas oficiais.

As pendências identificadas serão registradas em relatório específico e encaminhadas ao setor ou profissional responsável para análise e correção antes da validação da produção.

Documentos e registros utilizados

- Prontuário Eletrônico do Cidadão.
- Relatórios de produção assistencial.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- Cadastro Nacional de Usuários.
- SIGTAP.
- Relatórios de inconsistências.

Pontos de controle

- consistência cadastral;
- validade do Cartão Nacional de Saúde;
- compatibilidade entre procedimento e SIGTAP;
- compatibilidade entre profissional, CBO e CNES;
- existência de registro clínico correspondente;
- ausência de duplicidade de produção;
- conformidade dos documentos obrigatórios.

Resultado esperado

Produção assistencial conferida, com identificação e segregação das inconsistências para correção antes do processamento da competência.

Am

RESUMO DO FLUXO DE CONFERÊNCIA DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL			
ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Conferência cadastral	Faturamento	Cadastro validado
2	Conferência dos registros assistenciais	Faturamento	Produção conferida
3	Identificação das inconsistências	Faturamento	Relatório de pendências
4	Encaminhamento para correção	Faturamento	Pendências encaminhadas
5	Liberação para validação	Faturamento	Produção conferida

Fluxo de Validação da Produção Assistencial

Objetivo

Estabelecer os procedimentos destinados à validação da produção assistencial previamente conferida, assegurando que as informações registradas atendam aos requisitos técnicos, administrativos e legais exigidos pelos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde, possibilitando o processamento da competência sem inconsistências que comprometam a qualidade da informação ou a prestação de contas.

Responsáveis

A validação da produção assistencial será realizada pelo setor de faturamento, com apoio da Coordenação Administrativa, Coordenação da Atenção Primária, Responsáveis Técnicos das Unidades e demais profissionais envolvidos, sempre que necessária a análise de registros ou documentos complementares.

Descrição da rotina

Concluída a etapa de conferência, a produção assistencial será submetida ao processo de validação, ocasião em que serão verificadas todas as pendências identificadas anteriormente e confirmada a regularização das inconsistências apontadas.

Nesta etapa será realizada análise da compatibilidade entre os registros clínicos constantes do prontuário eletrônico, os procedimentos lançados para faturamento, os cadastros profissionais, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os códigos da Tabela SIGTAP e os parâmetros estabelecidos pelos sistemas oficiais utilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Serão validados os procedimentos executados, a correta identificação do profissional responsável, a compatibilidade entre a produção registrada e a capacidade operacional da unidade, a integridade das informações clínicas, o cumprimento dos critérios técnicos para lançamento da produção e a conformidade dos registros obrigatórios.

Quando identificadas pendências que impeçam a validação da produção, o processo será devolvido ao setor responsável para regularização, permanecendo bloqueado até que todas as inconsistências sejam solucionadas.

Somente após a confirmação da conformidade técnica e administrativa a produção será liberada para processamento da competência.

Documentos e registros utilizados

- Prontuário Eletrônico do Cidadão.
- Relatórios de conferência.
- Relatórios de inconsistências.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- SIGTAP.
- Relatórios gerenciais da produção.

Pontos de controle

- inconsistências solucionadas;
- conformidade dos registros assistenciais;
- compatibilidade entre produção e prontuário eletrônico;
- validação do profissional executor;
- conformidade da codificação dos procedimentos;
- integridade das informações registradas.

Resultado esperado

Produção assistencial validada, apta para processamento nos sistemas oficiais e consolidação da competência.

lrm

RESUMO DO FLUXO DE VALIDAÇÃO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL			
ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Análise das correções	Faturamento	Pendências solucionadas
2	Validação técnica	Faturamento	Produção validada
3	Homologação da competência	Coordenação/ Faturamento	Produção liberada

Fluxo de Processamento da Produção Assistencial

Objetivo

Padronizar os procedimentos administrativos relacionados ao processamento da produção assistencial validada, assegurando o correto encaminhamento das informações aos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde, observando os cronogramas estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e garantindo a consistência dos dados utilizados para monitoramento da execução contratual e prestação de contas.

Responsáveis

O processamento da produção assistencial será executado pelo setor de faturamento, com apoio da Tecnologia da Informação, Coordenação Administrativa e Gerência do Contrato.

Descrição da rotina

Após a conclusão da validação da produção assistencial, o setor de faturamento realizará a consolidação da competência mensal, reunindo todos os registros aptos ao processamento.

Serão executadas as rotinas de geração dos arquivos eletrônicos, conferência final da produção consolidada, verificação da integridade dos dados e preparação das informações para envio aos sistemas oficiais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Concluído o processamento, serão emitidos relatórios gerenciais contendo quantitativos de consultas, procedimentos, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, imunizações e demais ações desenvolvidas pelas equipes,

permitindo o acompanhamento da produção executada em relação às metas pactuadas no Contrato de Gestão.

Finalizado o processamento, os arquivos eletrônicos e os respectivos relatórios permanecerão arquivados em ambiente seguro, possibilitando rastreabilidade, auditoria e eventual reapresentação das informações quando necessária.

Documentos e registros utilizados

- Base consolidada da produção assistencial.
- Relatórios de validação.
- Sistemas oficiais de processamento.
- Relatórios gerenciais.
- Relatórios de acompanhamento da competência.

Pontos de controle

- processamento integral da competência;
- conformidade dos arquivos gerados;
- consistência dos quantitativos processados;
- cumprimento do cronograma de envio;
- armazenamento seguro dos arquivos processados.

Resultado esperado

Produção assistencial processada, consolidada e disponibilizada para envio aos sistemas oficiais, subsidiando o monitoramento da produção, a prestação de contas e a avaliação do desempenho contratual.

Responsabilidades dos Setores Envolvidos

O processo de faturamento será desenvolvido de forma integrada entre os setores assistenciais, administrativos e de gestão, assegurando a correta execução de todas as etapas do processo.

Recepção e Cadastro

Compete realizar o cadastramento e atualização dos usuários, conferir a documentação obrigatória, validar o Cartão Nacional de Saúde, orientar os usuários quanto às informações cadastrais e assegurar a consistência dos dados que subsidiarão os registros assistenciais.

Profissionais Assistenciais

Compete registrar integralmente os atendimentos realizados, preencher corretamente o prontuário eletrônico, registrar os procedimentos executados conforme os sistemas oficiais, observar as normas institucionais e responder pela veracidade das informações lançadas.

Coordenação da Unidade

Compete acompanhar a qualidade dos registros assistenciais, orientar as equipes quanto ao correto preenchimento dos sistemas, monitorar inconsistências recorrentes e apoiar as ações corretivas necessárias.

Setor de Faturamento

Compete realizar a conferência, validação, processamento da produção assistencial, emissão de relatórios, monitoramento das inconsistências, controle dos prazos operacionais e consolidação das informações para prestação de contas.

Tecnologia da Informação

Compete garantir a disponibilidade dos sistemas informatizados, realizar manutenção dos ambientes tecnológicos, assegurar a integridade das bases de dados, executar rotinas de backup e prestar suporte técnico aos usuários.

Gerência do Contrato

Compete acompanhar os indicadores do faturamento, monitorar a qualidade da produção assistencial, avaliar os resultados obtidos e promover ações de melhoria contínua dos processos administrativos.

 SANTA CASA de São Bernardo do Campo			
RESUMO DO FLUXO DE PROCESSAMENTO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL			
ETAPA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PRODUTO
1	Consolidação da produção	Faturamento	Competência consolidada
2	Processamento da produção	Faturamento	Produção processada
3	Emissão de relatórios	Faturamento	Relatórios gerenciais
4	Disponibilização para prestação de contas	Gestão	Produção consolidada

Utilização dos Sistemas Oficiais de Informação

O processamento da produção assistencial observará os sistemas oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e aqueles definidos pela Secretaria Municipal de Saúde para registro, processamento, monitoramento e consolidação das informações assistenciais e operacionais.

Os sistemas oficiais serão utilizados de forma integrada, respeitando suas finalidades específicas e a natureza dos serviços executados, assegurando a consistência das informações, a rastreabilidade dos registros e a conformidade com as normas vigentes.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Será utilizado para manutenção do cadastro das unidades de saúde, bases operacionais, profissionais, equipes e serviços disponibilizados, garantindo compatibilidade entre a estrutura cadastrada e a produção assistencial e operacional registrada.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP)

Será utilizado como referência para identificação, codificação e validação dos procedimentos realizados, observando sua compatibilidade com o perfil profissional, habilitação do estabelecimento de saúde e normas vigentes, quando aplicável.

Prontuário Eletrônico ou Sistema Informatizado Oficial

Será utilizado para registro da assistência prestada e das informações operacionais, permitindo a documentação dos atendimentos, procedimentos, encaminhamentos, remoções, atividades assistenciais e demais ações desenvolvidas pelas equipes, conforme a natureza do serviço e o sistema informatizado adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Será utilizado para consolidação e processamento da produção da Atenção Primária à Saúde, quando aplicável, subsidiando o monitoramento dos indicadores assistenciais e o financiamento federal da Atenção Primária.

Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

Será utilizado para processamento da produção ambulatorial, quando aplicável, observando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelas normas vigentes.

Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)

Será utilizado para registro e processamento da produção ambulatorial, quando aplicável, conforme os procedimentos realizados e as orientações do Ministério da Saúde.

Sistemas Informatizados de Regulação e Gestão Assistencial

Serão utilizados, quando aplicável, para registro das ocorrências, regulação assistencial, gestão operacional, despacho de recursos, monitoramento dos atendimentos, acompanhamento da produção e integração das informações entre os serviços de saúde e a Rede de Atenção à Saúde, conforme as soluções tecnológicas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Outros sistemas informatizados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde poderão ser utilizados para complementação dos registros, acompanhamento da produção, regulação assistencial, monitoramento contratual, faturamento e prestação de contas.

A atualização cadastral dos sistemas será realizada continuamente, garantindo conformidade entre os registros assistenciais e operacionais, cadastro dos profissionais, equipes, estabelecimentos de saúde e bases oficiais do Sistema Único de Saúde.

Controles de Auditoria

Objetivo

Estabelecer mecanismos permanentes de auditoria administrativa destinados à verificação da conformidade da produção assistencial, assegurando a qualidade das informações processadas, a rastreabilidade documental e a prevenção de inconsistências que possam comprometer a prestação de contas do Contrato de Gestão.

Responsáveis

Participam desta etapa o setor de faturamento, auditoria interna, Coordenação da Atenção Primária, Gerência do Contrato e demais setores envolvidos no processo assistencial e administrativo.

Descrição da rotina

A auditoria será realizada de forma sistemática durante toda a competência, compreendendo a análise dos registros assistenciais, conferência documental, verificação da compatibilidade entre os procedimentos executados e os registros constantes nos sistemas oficiais, monitoramento da qualidade da informação e avaliação do cumprimento das rotinas estabelecidas neste Manual.

As análises poderão ocorrer de forma concorrente, durante a execução dos processos administrativos, ou retrospectiva, após o processamento da

produção, permitindo identificar oportunidades de melhoria, inconsistências recorrentes e necessidade de revisão dos processos internos.

Os resultados das auditorias serão consolidados em relatórios gerenciais, contendo as não conformidades identificadas, as respectivas causas, as medidas corretivas adotadas e as recomendações para prevenção de recorrências.

Pontos de controle

- consistência entre prontuário eletrônico e produção registrada;
- conformidade cadastral;
- utilização correta da codificação dos procedimentos;
- cumprimento dos fluxos administrativos;
- rastreabilidade documental;
- monitoramento das glosas e inconsistências;
- implementação das ações corretivas.

Resultado esperado

Garantia da confiabilidade das informações processadas, redução de inconsistências administrativas e fortalecimento dos mecanismos internos de controle.

Tratamento das Inconsistências

Objetivo

Estabelecer procedimento padronizado para identificação, análise, correção e monitoramento das inconsistências identificadas durante o processo de faturamento, assegurando a integridade das informações antes do fechamento da competência.

Responsáveis

Sector de faturamento, Coordenação da Unidade, profissionais assistenciais, recepção, Tecnologia da Informação e Gerência do Contrato.

Descrição da rotina

Toda inconsistência identificada durante as etapas de conferência, validação ou auditoria será registrada em instrumento próprio, contendo sua descrição, origem, responsável pela regularização e prazo para correção.

Após o registro da ocorrência, a inconsistência será encaminhada ao setor competente para análise e regularização. Concluída a correção, o

faturamento realizará nova conferência, verificando a conformidade das alterações realizadas antes da liberação da produção para processamento.

As inconsistências recorrentes serão monitoradas por meio de indicadores específicos, subsidiando ações educativas, revisão de processos e atualização das rotinas administrativas.

Entre as principais inconsistências monitoradas destacam-se:

- cadastro incompleto do usuário;
- Cartão Nacional de Saúde inconsistente;
- incompatibilidade entre procedimento registrado e SIGTAP;
- incompatibilidade entre procedimento e categoria profissional;
- registros assistenciais incompletos;
- ausência de documentação obrigatória;
- duplicidade de produção;
- inconsistências relacionadas ao CNES;
- divergências entre produção registrada e prontuário eletrônico.

Pontos de controle

- registro da inconsistência;
- definição do responsável pela correção;
- cumprimento do prazo estabelecido;
- reanálise após correção;
- registro das medidas adotadas;
- monitoramento das recorrências.

Resultado esperado

Correção integral das inconsistências antes do fechamento da competência, reduzindo rejeições no processamento e fortalecendo a qualidade das informações produzidas.

RESUMO DO TRATAMENTO DAS INCONSISTÊNCIAS		
INCONSISTÊNCIA	RESPONSÁVEL	TRATAMENTO
 Cadastro inconsistente	Recepção	Atualização cadastral
 Procedimento incompatível	Profissional Assistencial	Correção do registro
 Produção duplicada	Faturamento	Exclusão após validação
 Registro incompleto	Profissional Assistencial	Complementação do prontuário
 Divergência documental	Coordenação da Unidade	Revisão e validação

Prazos Operacionais

As atividades relacionadas ao faturamento observarão cronograma previamente definido pela Secretaria Municipal de Saúde, compatibilizando os prazos internos com os calendários oficiais de processamento da produção.

Como rotina operacional, serão observados os seguintes parâmetros:

- registro da produção assistencial imediatamente após a realização do atendimento;
- conferência diária da produção registrada;
- correção das inconsistências antes do encerramento da competência;
- validação da produção conforme cronograma interno do faturamento;
- consolidação da competência previamente ao envio aos sistemas oficiais;
- processamento e encaminhamento da produção dentro dos prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- arquivamento da documentação imediatamente após a conclusão do processamento.

Sempre que houver alteração dos cronogramas oficiais, os prazos internos serão ajustados para garantir o cumprimento das datas estabelecidas pelos órgãos gestores.

Monitoramento dos Resultados

O setor de faturamento realizará acompanhamento contínuo dos resultados obtidos em cada competência, utilizando indicadores que permitam avaliar a eficiência dos processos administrativos, a qualidade dos registros assistenciais e a conformidade das informações encaminhadas aos sistemas oficiais.

Serão monitorados, entre outros:

- percentual da produção registrada;
- percentual da produção processada;
- índice de inconsistências;
- índice de glosas administrativas;
- tempo médio para correção das inconsistências;
- percentual de conformidade cadastral;
- cumprimento dos prazos operacionais;
- percentual de retrabalho;
- desempenho das unidades quanto à qualidade dos registros.

Os indicadores serão consolidados em relatórios gerenciais periódicos, apresentados à Gerência do Contrato e às Coordenações das Unidades, subsidiando a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua.

Prestação de Contas

As informações consolidadas pelo setor de faturamento constituirão a base técnica para elaboração da prestação de contas do Contrato de Gestão, observando as normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos órgãos de controle e pela legislação aplicável.

Os relatórios emitidos permitirão demonstrar a produção assistencial realizada, os quantitativos processados, o desempenho das equipes, a execução das metas assistenciais e a conformidade dos registros administrativos, assegurando transparência, rastreabilidade e confiabilidade das informações apresentadas.

Todos os documentos que subsidiem o processamento da produção permanecerão arquivados em meio físico ou eletrônico, conforme as políticas institucionais de gestão documental e os prazos legais de guarda, possibilitando sua consulta para fins de auditoria, fiscalização, controle interno e externo, bem como para atendimento às demandas da Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos competentes.

Com a conclusão destas etapas, o Manual contempla integralmente os elementos exigidos pelo edital: fluxo de registro, conferência, validação, processamento, responsabilidades dos setores envolvidos, utilização dos sistemas oficiais de informação, controles de auditoria, tratamento das inconsistências, prazos operacionais, mecanismos de acompanhamento dos resultados e prestação de contas. O próximo passo pode ser a elaboração dos fluxogramas operacionais correspondentes a cada processo.

As rotinas descritas neste Manual constituem proposta inicial para padronização dos processos administrativos de faturamento, podendo ser complementadas ou ajustadas durante a implantação do Contrato de Gestão, conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, necessidades operacionais identificadas e avaliação do Gestor do Contrato, sempre em conformidade com a legislação vigente e os sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde.

lcm

6.1.8 A.8. Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

A Administração de Materiais pode ser definida como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas dentro de uma instituição, de forma centralizada ou não, destinadas a suprir as diversas unidades com os materiais necessários ao desempenho normal das respectivas atribuições.

Nesse sentido, o Almoxarifado é destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional de do hospital.

Ademais, trata-se de uma Unidade Administrativa responsável pelo controle e pela movimentação de materiais registrados de acordo com as normas vigentes, ocasião em que visa à garantia de existência contínua de um estoque organizado de modo a não faltar itens que o compõem e, concomitantemente, sem tornar excessivo o investimento total.

Dito isso, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do campo propõe esta Padronização de Procedimentos com o objetivo regulamentar e uniformizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos de operação.

Ao mesmo tempo, trata do intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários e às equipes internas.

Esta proposta de padronização de condutas possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Almoxarifado, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

lam

De forma igual, facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho, e possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado.

As Unidades de Almoxarifado são consideradas estratégicas para as Instituições, e por esse motivo é imprescindível que mantenha processos muito bem definidos fazendo com que sejam executados de maneira correta e eficiente.

A Unidade de Almoxarifado possui 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.

A estrutura organizacional do Almoxarifado será delineada com base na divisão de atividades. Em síntese, configura-se como um instrumento administrativo para que gestores possam enxergar para onde estão indo os esforços e se todos convergem de acordo com o planejamento da Instituição.

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 será módulo de um sistema informatizado global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e será caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

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.

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.

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.

A gerência dos bens materiais e patrimoniais do Almoxarifado deve pautar em controles formais, regras claras e metodologias específicas para o correto dimensionamento dos quantitativos demandados, além de um controle fidedigno de todo o ativo. Ante ao exposto, a Unidade de Almoxarifado possuirá como suas principais funções:

- ✓ Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal) ou equivalentes;
- ✓ Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;
- ✓ Registrar em sistema informatizado as notas fiscais dos materiais recebidos;
- ✓ Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- ✓ Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- ✓ Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- ✓ Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
- ✓ Viabilizar o inventário anual dos materiais estocados;
- ✓ Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- ✓ Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
- ✓ Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- ✓ Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- ✓ Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

Os processos e as prestações de serviço atuais são caracterizados por um alto nível de complexidade, proveniente das rápidas mudanças, da elevada variedade de produtos, do aumento da demanda e da influência de uma sociedade cada vez mais exigente.

Tais características somadas a uma crescente pressão pela redução de custos, aumento de eficiência e aumento dos níveis de serviço nos obrigam a nos reformularmos e buscarmos métodos gerenciais adequados para a condução de nossas atividades.

Com o intuito de servir como base para a tomada de decisões, os objetivos, princípios e valores a serem aplicados na rotina diária devem estar claros a todos que estarão diretamente envolvidos na gestão dos recursos materiais e na logística de suprimentos.

A correta manutenção das atividades possibilita que toda a comunidade de profissionais consiga desempenhar satisfatoriamente suas atividades, entregando, assim, o melhor resultado para a sociedade.

No contexto setorial da gestão dos insumos materiais é possível verificar quais são os resultados esperados dos agentes envolvidos, sendo a satisfação das necessidades, em quantidades suficientes e em tempo hábil para o pleno exercício das atribuições de cada servidor/unidade, o principal propósito desta Unidade Organizacional. Assim sendo, os principais objetivos das Unidades de Almoxarifado serão:

- ✓ Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- ✓ Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- ✓ Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- ✓ Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

A eficiência dos Almoxarifados irá depender fundamentalmente:

- ✓ Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;
- ✓ Do aumento do tamanho médio e da quantidade das unidades armazenadas;
- ✓ Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

A organização funcional do Almoxarifado contemplará em sua fundamentação as principais atribuições:

- ✓ Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos;
- ✓ Entregar os materiais aos seus usuários mediante requisições eletrônicas autorizadas;
- ✓ Manter atualizados os registros necessários.

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais diversos e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis estarão imbuídos de realizarem inspeções, principalmente em períodos de chuva, no intuito de observar a ocorrência de vazamentos e gotejamentos, além da necessidade de averiguações diversas no que se refere a necessidade de pequenos reparos na rede interna de distribuição de energia elétrica (tomadas, interruptores, extensões), troca de lâmpadas, verificações gerais de infraestrutura, vazamento em tubulações, infiltração e rachaduras em paredes, estado da pintura, afundamento do solo, escoamento de água pluvial, condição/limpeza do filtro do ar condicionado e demais aspectos.

A constatação de situações que comprometam a estrutura dos prédios deve ser relatada a Chefia imediata mediante a confecção de documento para fins de posterior acionamento do Setor responsável.

A Estrutura Física Externa dos almoxarifados tem espaço suficiente para a manobra dos caminhões e demais veículos que farão a entrega dos produtos, além de conter plataforma e/ou estrutura que possibilite a carga e descarga.

De forma igual, esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

Ademais, o local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos.

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança. Os locais também devem contar com serviço de segurança patrimonial por 24 (vinte e quatro) horas. O edifício deve apresentar bom estado de conservação, qual seja isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, dentre outros.

Os arredores devem estar limpos e não devem existir fontes de poluição ou contaminação ambientais próximas ao mesmo. O local deve ter placa de identificação e sinalizadores de entrada e saída de veículos.

As instalações internas do almoxarifado são projetadas de acordo com o volume operacional do almoxarifado. No entanto, as condições físicas devem ser observadas qualquer que seja o tamanho do mesmo:

- ✓ Piso: deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;
- ✓ Paredes: constituídas de alvenaria, devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. A abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, dentre outros;
- ✓ Pé direito: A altura mínima recomendada é de 6 m na área de estocagem e de 3 m nas demais áreas;
- ✓ Portas: de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;
- ✓ Teto: de preferência de laje, mesmo que do tipo pré-moldada. Deve-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor;
- ✓ Sinalização interna: as áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;
- ✓ Instalações elétricas: devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores;

lcm

- ✓ O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas. Vale ressaltar que curtos-circuitos são as causas da maioria dos incêndios.

Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado:

- ✓ Estantes: são adequadas para material médico hospitalar desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm, podendo ser de 40 cm em alguns casos;
- ✓ Estrados/pallets: são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;
- ✓ Escadas: para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;
- ✓ Empilhadeira: para quando o almoxarifado fizer uso de sistema de armazenagem vertical: estrados ou "pallets". As pilhas não devem ultrapassar a altura de 1,5m ou conforme a informação do fabricante do produto. Assim, evitam-se os desabamentos e as alterações das embalagens por compressões;
- ✓ Carrinhos para transporte: a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado;
- ✓ Sistema de condicionamento de ar: utilizado para o controle adequado da temperatura. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes;
- ✓ Normalmente as temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema será considerada;
- ✓ Ventiladores: na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;
- ✓ Exaustores: são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;
- ✓ Termômetros: são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para

a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores, caso haja;

- ✓ Higrômetro: usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;
- ✓ Armários de aço com chave: destinados ao armazenamento de material de saúde sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível disponibilizar de sala fechada para este fim;
- ✓ Extintores de incêndio: devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;
- ✓ Outros: Caixas plásticas para transporte; caixas de isopor para transporte; cesto com tampa; lacres numerados; armários, escrivaninhas e cadeiras; aparelho de fax; linha de telefone direta;
- ✓ Pontos de rede (internet); computadores; sistema de gestão e controle de estoque; impressoras.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO terá responsáveis por receber e estocar/alocar as compras dos fornecedores, e proceder à organização e a estocagem dos materiais, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso.

Além disso, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO se compromete a realizar:

- ✓ O controle dos estoques, através de registros apropriados, anotação de todas as entradas e saídas, visando facilitar a reposição e elaboração dos inventários, controlar os estoques, auxiliando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme política e procedimentos estabelecidos para cada item de acordo com as características de cada material, assim como facilitar a sua localização e manuseio, dentre outros;
- ✓ O controle dos estoques através de registros apropriados em sistema informatizado, registrando todas as entradas e saídas, solicitar

reposição dos materiais, elaborar inventário mensal, visando à comparação com os dados dos registros, separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários, atender as requisições dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais solicitados, controlar os níveis de estoques, baixando as requisições de materiais solicitados, realizar a elaboração do inventário mensal, visando o ajuste de divergências com os registros contábeis, receber, cadastrar, armazenar, separar, distribuir materiais de uso contínuo ou esporádico, recepcionar, conferir e distribuir os materiais no almoxarifado ou setor responsável.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO terá responsáveis para a recepção das mercadorias e o controle das saídas, os quais analisarão quantitativamente e qualitativamente os bens que estão sendo recepcionados. Também farão a conferência dos volumes, quantidades e qualidade dos itens que serão entregues para as áreas solicitantes.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO analisará os documentos atinentes aos bens que estão sendo recepcionados para fins de proceder à entrada das notas fiscais no sistema informatizado e demais controles (planilhas), bem como proceder à triagem da documentação suporte de recebimento aos setores responsáveis.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO compromete-se em realizar as ações abaixo discriminadas para o gerenciamento e operacionalização do almoxarifado instalada:

- ✓ Verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados;
- ✓ Auxiliar toda a equipe do almoxarifado para manutenção dos bens armazenados;
- ✓ Auxiliar no planejamento das aquisições;

- ✓ Realizar inventário de materiais e controle de prazo de vencimento dos bens armazenados;
- ✓ Realizar demais controles afetos aos estoques;
- ✓ Armazenar os materiais no Almoxarifado conforme orientação do fabricante 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.

A fase de armazenagem dos materiais compreende:

- ✓ Verificação das condições de recebimento do material;
- ✓ Identificação do material;
- ✓ Guarda na localização adotada;
- ✓ Informação da localização física de guarda;
- ✓ Verificação periódica das condições de proteção, armazenamento e prazo de validade;
- ✓ Separação para distribuição.

Dependendo das características do material, a armazenagem pode se dar em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma, dentre outros.

Os materiais sujeitos à armazenagem obedecem a regras taxativas que regulam o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais e que obedeça às recomendações ergonômicas.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente será utilizada uma codificação, que deve indicar, quando possível, o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem.

O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do local com o arranjo físico dos espaços disponíveis, por área de estocagem.

O controle dos materiais em estoque será feito por meio de inventários que deverão ser efetuados semanalmente ou em até 30 (trinta) dias. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado.

A prioridade é sempre a identificação e reversão da transação errada. No entanto, cabe ressaltar que os ajustes devem ser feitos em último caso e com autorização da Chefia.

Na grande maioria das vezes, as divergências de estoque são decorrentes de erros cometidos ou afetos no registro da movimentação das mercadorias. Normalmente podem ser de valores poucos ou muito significativos. Em quaisquer situações, os lançamentos relativos aos ajustes deverão ser lançados de imediato no sistema informatizado, momento em que serão objetos devidamente apresentados em relatórios encaminhado à Chefia responsável.

Ocorrendo quebras e perdas razoáveis, de acordo com a natureza do bem, ocorridas no acondicionamento, relacionadas a fabricação, no transporte e no que se refere ao manuseio de itens, as quebras e perdas também serão objetos de relatos e, de igual forma, integrarão relatórios para fins de comunicação a Chefia responsável.

Quando da realização do inventário físico podem ser detectadas faltas de relevância, fazendo com que a Unidade de Almoxarifado suponha que a divergência existente entre o estoque físico e o contábil seja originada de furto, roubo, desvio ou qualquer outro tipo de desfalque ilícito ocasionado por funcionários ou terceiros.

Caso essa suspeita se confirme, os responsáveis pelo Almoxarifado deverá de imediato relatar o ocorrido a Chefia imediata para que possa ser procedida a baixa dos produtos do estoque, procurar estabelecer e/ou elaborar pontos de controle no intuito de mitigar eventuais riscos, rever aspectos relacionados a segregação de funções, acesso aos materiais, dentre a adoção

lrm

de outras medidas, além de apresentar relatório circunstanciado acerca do ocorrido para fins de adoção de providências cabíveis.

O controle dos materiais em estoque no Almoxarifado é feito por meio de inventários, que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado do Almoxarifado.

Os estoques serão, obrigatoriamente, contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis. Portanto, a Tomada de Contas do Almoxarifado tem por finalidade:

- ✓ Relacionar e especificar, detalhadamente, o material existente em estoque;
- ✓ Apurar o material em estoque, para fins de transferência de responsabilidade;
- ✓ Analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais;
- ✓ Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- ✓ Avaliar a disposição física dos materiais, a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
- ✓ Analisar o funcionamento sistemático do Almoxarifado como um todo, a fim de verificar se o seu gerenciamento está sendo feito de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- ✓ Apurar o material em estoque, para fins de encerramento, quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades.

Acerca deste tema, a Tomada de Contas do Almoxarifado pode ocorrer:

- ✓ No final de exercício, elaborada no mês de dezembro de cada ano;
- ✓ Na passagem de responsabilidade, quando houver mudança de responsável pelo Almoxarifado;

- ✓ No encerramento, quando o órgão for extinto ou transferido.

O chefe de Almoxarifado deverá supervisionar e acompanhar toda a cadeia de suprimentos, verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados pelos envolvidos e auxiliar toda a equipe para manutenção dos bens armazenados, para a adoção de boas práticas, além de auxiliar no planejamento das aquisições.

Após a realização de inventários, deve ser elaborado relatório circunstanciado contendo as alterações mais importantes constatadas destinados, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida, erro de origem, dentre outras situações.

Os profissionais que farão a requisição de materiais, sejam enfermeiros, médicos, assistentes e auxiliares administrativos, dentre outros colaboradores, serão incumbidos de requisitar itens para suprimento dos estoques e para o consumo da Unidade em que estão lotados. São de fundamental importância para a correta destinação dos materiais e para o planejamento da demanda.

Tais requisitantes, ao prestarem suas atividades administrativas/assistenciais utilizam recursos materiais, cabendo a eles a competência e responsabilidade pela administração dos bens de consumo em suas unidades de trabalho através da determinação do material necessário, seja no aspecto quantitativo como no qualitativo, na definição das especificações técnicas, na participação no processo de administração de materiais, na organização e armazenamento, no controle, distribuição e avaliação desses materiais.

A prática da ineficiente administração de materiais se caracteriza por ser uma disfunção que pode causar muitos prejuízos para o erário e aos serviços, podendo gerar grandes estoques desnecessários e ao mesmo tempo a falta de material, dificultando o controle e podendo levar a perda de material, aumentando os custos para a instituição.

lrm

Cumpre destacar que toda requisição de materiais destinada a Unidade de Almoxarifado, necessariamente, deverá passar por autorização e crivo da chefia imediata do setor demandante. Os profissionais deverão ser cadastrados como requisitante de material no sistema informatizado mediante solicitação formal, autenticado pela chefia imediata e direcionada ao Setor de Gestão de Pessoas e Setor de Informática.

As demandas somente serão aceitas e processadas mediante apresentação de requisição eletrônica confeccionada por intermédio do sistema informatizado.

Todo profissional poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material que lhe for confiado para guarda e uso, bem como, dolosa ou culposamente, pelo seu dano.

Qualquer irregularidade ocorrida com o bem ou material sob sua responsabilidade será objeto de comunicação formal, imediatamente, de maneira circunstanciada, por parte do profissional, a Chefia da Unidade de Almoxarifado.

A indenização por parte do agente responsável poderá ser efetuada arcando com as despesas de recuperação, substituindo o material por outro de mesmas características acompanhado dos documentos fiscais, apurado em processo regular.

As empresas prestadoras de serviços à Unidade de Almoxarifado deverão indenizar, na forma prevista, em virtude de dano, furto ou extravio causados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, por parte dos seus empregados.

A Requisição Eletrônica de Materiais representa o início do processo de recebimento dos pedidos, possibilitando agilidade, segurança, praticidade, dentre outras inúmeras vantagens. Sua função primordial é compor um sistema integrado entre o Almoxarifado de cada Unidade e seus respectivos Setores servindo de interface entre a ponta do fornecimento e a do consumo.

Por esse motivo, a requisição eletrônica de materiais será a única interface entre a equipe do Almoxarifado e o usuário no tocante ao atendimento

de solicitações para fins de uso dos materiais, ocasião em que não será admitida requisições manuais em papel comum e solicitações verbais.

A solicitação de materiais deverá ser encaminhada ao almoxarifado com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) para atendimento do cronograma de entrega diário.

A missão do almoxarifado é servir de intermediário, dando abrigo provisório aos produtos, ocasião em que sua organização dependerá, por conseguinte, deste caráter transitório e se orientará no sentido de dar maiores facilidades para as entradas e saídas dos produtos e para que o estoque se torne suficiente e íntegros para as necessidades normais da Instituição.

O sucesso da Instituição é vital para o desenvolvimento sustentável da sociedade. E um sistema, que por meio de interações coesas gere relações de qualidade, integrando recebimento e consumo, é a melhor solução para garantir esse sucesso.

Para que todos os esforços da equipe sejam traduzidos a uma gestão eficiente e eficaz dos bens da instituição, alguns valores e princípios devem nortear as ações necessariamente dos envolvidos do setor, e desejavelmente por todos os utilizadores de recursos públicos. São eles:

- ✓ Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- ✓ Desburocratização das atividades;
- ✓ Manutenção das relações entre setores;
- ✓ Compromisso com a ética profissional;
- ✓ Zelo e evitar os desperdícios.

As principais atribuições do Almoxarifado compreendem:

- ✓ Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela instituição;
- ✓ Proceder à entrega dos materiais mediante requisições autorizadas aos usuários;
- ✓ Manter atualizados e escriturados os registros necessários.

O controle dos estoques depende de um sistema eficiente, o qual deve fornecer, a qualquer momento, as quantidades que se encontram à disposição e onde estão localizadas, as compras em processo de recebimento, métricas de demanda e consumo, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Para agilização das atividades, o controle, em particular das funções referentes ao Almoxarifado, deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

Constituem produtos/serviços do Almoxarifado, o controle e gerenciamento do estoque e distribuição dos materiais adquiridos pela entidade, permitindo assim uma operação segura e consistente, tais como:

- ✓ Registrar todos os tipos de movimentações efetuadas no(s) almoxarifado(s);
- ✓ Permitir e assegurar a integridade dos materiais;
- ✓ Permitir o uso de código reduzido do material em todas as funções (movimentação, pedidos, compras, requisições, dentre outras);
- ✓ Permitir a movimentação, separação, controle e a entrega dos pedidos;
- ✓ Possibilitar o controle de saldos em estoque físico e financeiro (preço médio);
- ✓ Oferecer a listagem de materiais e seus respectivos fornecedores;
- ✓ Oferecer o saldo por local físico e almoxarifado, a movimentações de um período, o consumo por requisitante, relatórios gerenciais para tomada de decisão, o consumo médio, realização de inventários e o controle de validade dos itens.

São clientes internos e externos do Almoxarifado os envolvidos nas atividades meio (Setores Administrativos) e fim (Postos Assistenciais) da Instituição, notadamente abarcando o nível operacional, tático e estratégico, coordenação, auditoria, chefia ou direção de unidades administrativas, que lidam ou sejam responsáveis, direta ou indiretamente, pelo suprimento, controle,

recebimento, armazenagem, distribuição e definição da qualidade dos materiais utilizados pelas suas respectivas responsabilidades e para fins de atendimento ao público.

Constituem funções operacionais contemplar à organização dos estoques, ou seja, como o almoxarifado é organizado em termos de disposição das mercadorias, limpeza, iluminação, distribuição dos materiais, movimentação interna, atendimento, organização e controle de estoque, emissão e escrituração de documentos, principalmente, todos relacionados ao Setor.

Ressaltamos que, em síntese, são deveres dos colaboradores lotados do Almoxarifado:

- ✓ Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- ✓ Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- ✓ Usar o crachá nas dependências do hospital;
- ✓ Tratar a todos com urbanidade;
- ✓ Cumprir os procedimentos operacionais padrão (Pops), referentes às tarefas para as quais for designado;
- ✓ Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- ✓ Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;
- ✓ Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- ✓ Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- ✓ Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- ✓ Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- ✓ Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

- ✓ Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- ✓ Manter seus registros funcionais atualizados;
- ✓ Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- ✓ Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador.

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.

Os horários de expediente do Almoxarifado para fins de atendimento e liberação de materiais serão: Segunda à sexta das 08h00 às 17h00. Após esse horário somente a farmácia que funciona para demanda interna do hospital durante as 24 horas.

Quanto ao recebimento dos materiais, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO ressalta que deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, 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.



A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo está, 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. Constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

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.

A 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 pertencentes à responsabilidade das Unidades de Saúde e estas, inaceitáveis.

A Conferência Qualitativa 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.

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 relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

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.

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 setor de 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.

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.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de

técnico especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressaltando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

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.

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado. Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

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.

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.

O Almoxarifado é destinado à estocagem de materiais e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere à 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).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção de documento.

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos do Almoxarifado será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil

visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

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 Almojarifados.

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

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 à segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico “racionalização”, a responsabilidade de ressurgimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada em cada respectivo Almojarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender em suas atividades.

Cabe ressaltar que cada Almojarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da respectiva Instituição.

Alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressurgimento do Almojarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

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, o setor deverá comunicar formalmente o almojarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pelo setor solicitante, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, este deverá devolver os itens ao almoxarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

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

Na entrega, o servidor do setor, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais, 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 aos 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 no setor para eventuais conferências/fiscalizações.

Os bens de consumo comuns essenciais a todos os setores da instituição serão mantidos com estoques que atendam às demandas, 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 o Almoxarifado não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outros setores. 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, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros.

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, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsolescimento.

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;
- ✓ Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;
- ✓ Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725- 4:2009;
- ✓ Materiais estranhos ao pertencente ao da respectiva Unidade de Saúde 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.

Conforme demonstra a IN/NR 205/88, os tipos de inventários físicos são:

- ✓ 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 por Portaria específica para o inventário;
- ✓ 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 do órgão fiscalizador.

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;
- ✓ Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal;
- ✓ 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;
- ✓ Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

Patrimônio

O controle patrimonial se dará através do registro adequado de todos os bens adquiridos que estão à disposição para a realização de suas atividades. Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do recebimento do bem que receberá um número. As alocações internas são realizadas através da transferência e da movimentação e a operação de saída é realizada através da solicitação da baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Patrimônio é realizada através dos Inventários

Procedimento Operacional Padrão

As Unidades terão um rigoroso modelo de controle patrimonial através do qual exercerá o papel de fiel depositário do patrimônio o qual pertence ao Ente Público e deverá a ele retornar ao final do Contrato de Gestão.

O ponto de partida do controle patrimonial será o levantamento realizado e assinado em conjunto com a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO e o Ente Público. O encerramento ocorrerá da mesma forma. No levantamento serão utilizados registros manuais, digitais e fotográficos.

Responsabilidades Sobre os Bens

O responsável de cada unidade de saúde deverá comunicar o Setor de Patrimônio de sua unidade, de forma escrita, irregularidades ocorridas com bens de sua responsabilidade, tais como as abaixo citadas, descrevendo as circunstâncias como ocorreram:

- ✓ Perda ou Extravio; (a notificação não exime à responsabilidade do chefe da unidade que estará passível as penalidades cabíveis);
- ✓ Queda da identificação de Tombamento – Plaqueta; comunicar o Setor de Patrimônio no ato para que seja realizada alteração do bem;
- ✓ Transferência de bens para outra unidade patrimonial da instituição, com ciência desta;
- ✓ Empréstimos ou doações de bens patrimoniais recebidos, sendo que o tombamento dos bens doados somente se dará com a autorização superior, anexando documentação comprobatória.

Transferências

Todas as transferências de bens serão realizadas por meio do Termo de Transferência, disponível na rede de intranet, com devido acompanhamento do Patrimônio. A responsabilidade pela transferência compete ao líder da unidade onde o bem se encontra (quem envia) uma vez que o bem estar vinculado a sua carga patrimonial; Equipamentos médicos só poderão ser transferidos mediante orientação da Gerência Operacional, a quem compete à melhor distribuição dos mesmos. Em caso de o equipamento ter que sair da instituição para conserto, a Engenharia deverá preencher um Termo de Saída externo, para a retirada do equipamento.

Avarias

Todos os colaboradores poderão ser chamados à responsabilidade pelo desaparecimento do bem que lhe for confiado para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer bem, esteja ou não sob sua guarda. É dever do colaborador, comunicar imediatamente ao seu superior, qualquer irregularidade ocorrida com o bem entregue aos seus cuidados.

Controle e Baixas

Trimestralmente, será encaminhado aos responsáveis de setor uma listagem setorial para o levantamento de checagem dos bens patrimoniais, objetivando o levantamento físico e analítico comparativo com os registros cadastrais do sistema de controle, onde serão abordados os seguintes tópicos:

- ✓ Bens não encontrados;
- ✓ Bens encontrados fora da unidade à qual estão vinculados;
- ✓ Bens encontrados sem placa de identificação;
- ✓ Bens que se encontram fora da instituição;
- ✓ Bens inservíveis, supérfluos, obsoletos, ociosos ou imprestáveis.

As listagens terão prazo de uma semana para retorno ao Patrimônio que tomará ações para corrigir divergências encontradas e acionar os responsáveis

- ✓ **Termos de Responsabilidade:** Documento expedido pelo Patrimônio da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO que caracteriza entrega de bem patrimonial, onde o responsável da unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.
- ✓ **Termos de Transferência:** Documento expedido pelo Patrimônio e entregue aos setores, identificando os setores de origem e destino, onde se caracteriza a alteração de localização do Bem, em que a unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

Am



✓

cam

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Objetivo

Finalidade

O presente Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almojarifado e Patrimônio tem por finalidade estabelecer diretrizes, responsabilidades e procedimentos administrativos para o gerenciamento dos materiais de consumo, medicamentos, insumos, equipamentos e bens patrimoniais das unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

O Manual disciplina os processos relacionados ao recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventário, movimentação patrimonial, rastreabilidade, monitoramento e prestação de contas, promovendo a padronização das atividades, a utilização racional dos recursos públicos, a integridade dos bens sob responsabilidade da Contratada e a continuidade da assistência prestada à população.

Sua implantação visa fortalecer os mecanismos de governança, controle interno e transparência administrativa, assegurando que todos os processos sejam executados de forma padronizada, segura, rastreável e em conformidade com a legislação vigente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as normas da Secretaria Municipal de Saúde e as cláusulas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Abrangência

As disposições deste Manual aplicam-se a todas as unidades, serviços e estruturas administrativas contempladas no Contrato de Gestão, abrangendo os processos de suprimentos, almoxarifado e patrimônio relacionados aos materiais de consumo, medicamentos, produtos para saúde, materiais de expediente, equipamentos, mobiliários, bens permanentes e demais ativos necessários ao funcionamento das unidades.

Aplicam-se igualmente aos profissionais responsáveis pelas atividades de compras, recebimento, almoxarifado, patrimônio, logística, farmácia, manutenção, tecnologia da informação, coordenações administrativas, gestores das unidades e demais colaboradores envolvidos na solicitação, movimentação, guarda, utilização e controle dos bens institucionais.

Objetivos Específicos

Constituem objetivos deste Manual:

- ✓ Padronizar as rotinas administrativas da Gerência de Almoxarifado e Patrimônio;
- ✓ Estabelecer responsabilidades e competências dos setores envolvidos;
- ✓ Assegurar a adequada gestão dos materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e bens patrimoniais;
- ✓ Garantir a rastreabilidade das movimentações de estoque e patrimônio;
- ✓ Promover o controle sistemático dos estoques e dos ativos patrimoniais;
- ✓ Assegurar o adequado armazenamento e conservação dos materiais;
- ✓ Subsidiar o planejamento das aquisições com base no consumo e na demanda das unidades;
- ✓ Reduzir perdas, desperdícios, vencimentos e obsolescência de materiais;
- ✓ Fortalecer os mecanismos de controle interno, auditoria e prestação de contas;
- ✓ Assegurar conformidade com a legislação vigente e com as normas institucionais.

Base Normativa

A elaboração e aplicação deste Manual observarão, entre outras, as seguintes normas e instrumentos:

- ✓ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;
- ✓ Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- ✓ Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- ✓ Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, quando aplicável;
- ✓ Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), no que couber;
- ✓ Portarias de Consolidação GM/MS vigentes;
- ✓ Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aplicáveis ao armazenamento e controle de medicamentos, produtos para saúde e insumos;
- ✓ Instrução Normativa SEDAP nº 205, de 08 de abril de 1988, no que couber;
- ✓ Normas Brasileiras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) aplicáveis;
- ✓ Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho pertinentes à segurança e armazenamento de materiais;
- ✓ Contrato de Gestão celebrado com o Município de Ferraz de Vasconcelos;
- ✓ Normas complementares expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Princípios Gerais

A gestão de almoxarifado e patrimônio será desenvolvida observando os seguintes princípios:

- ✓ Legalidade;
- ✓ Economicidade;
- ✓ Eficiência;
- ✓ Rastreabilidade;
- ✓ Padronização dos processos;
- ✓ Segregação de funções;
- ✓ Transparência;
- ✓ Responsabilidade patrimonial;
- ✓ Segurança da informação;
- ✓ Melhoria contínua;
- ✓ Disponibilidade dos insumos necessários à assistência;
- ✓ Prevenção de perdas, desperdícios e desabastecimento.

A gestão dos estoques e do patrimônio será apoiada por sistema informatizado, permitindo o acompanhamento em tempo real das entradas, saídas, transferências, inventários, consumo, níveis de estoque e movimentações patrimoniais, subsidiando o planejamento das aquisições, a tomada de decisão gerencial e a prestação de contas do Contrato de Gestão.

Estrutura da Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

A Gerência de Almoxarifado e Patrimônio constitui área estratégica de apoio à assistência, responsável pelo planejamento, recebimento, armazenamento, controle, distribuição, inventário e gestão dos bens patrimoniais necessários ao funcionamento das unidades de saúde.

Sua atuação será desenvolvida de forma integrada com os setores de Compras, Farmácia, Manutenção, Tecnologia da Informação, Coordenações Assistenciais, Coordenação Administrativa e Diretoria da unidade, assegurando o abastecimento contínuo dos serviços, a adequada conservação dos materiais e equipamentos, bem como o controle patrimonial dos bens disponibilizados para execução do Contrato de Gestão.

lrm

A estrutura operacional será organizada de forma a garantir segregação de funções, rastreabilidade das movimentações, controle dos estoques e monitoramento permanente dos ativos institucionais, utilizando sistema informatizado de gestão que permita o acompanhamento das movimentações em tempo real.

Compete à Gerência de Almoxarifado e Patrimônio:

- ✓ planejar o abastecimento das unidades de saúde;
- ✓ Coordenar os processos de recebimento, armazenamento e distribuição de materiais;
- ✓ Administrar os estoques institucionais;
- ✓ Controlar a movimentação dos bens patrimoniais;
- ✓ Acompanhar inventários periódicos;
- ✓ Monitorar níveis mínimos e máximos de estoque;
- ✓ Garantir a rastreabilidade das movimentações de materiais e patrimônio;
- ✓ Apoiar auditorias internas e externas;
- ✓ Subsidiar os processos de prestação de contas;
- ✓ Promover melhoria contínua dos processos logísticos.

Fluxo de Recebimento de Materiais

Objetivo

Padronizar o processo de recebimento de materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e demais bens destinados às unidades de saúde, assegurando que todos os itens entregues atendam às especificações técnicas, quantitativas e qualitativas estabelecidas no processo de aquisição, preservando sua integridade e garantindo a rastreabilidade desde o ingresso na instituição.

Responsáveis

Participam desta etapa o setor de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio, Comissão de Recebimento, quando constituída, e os setores técnicos responsáveis pela avaliação dos materiais específicos.

Descrição da rotina

O recebimento será realizado mediante conferência entre o material entregue, a Nota Fiscal, a Autorização de Fornecimento, o Pedido de Compra e as especificações constantes no processo de aquisição.

Serão verificados os quantitativos recebidos, identificação dos produtos, fabricante, lote, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de transporte, conformidade das especificações técnicas, certificações exigidas, registro sanitário quando aplicável e demais requisitos previstos contratualmente.

Materiais, medicamentos e produtos para saúde que apresentarem avarias, divergências quantitativas, não conformidades técnicas, embalagens violadas, validade incompatível ou qualquer condição que comprometa sua utilização não serão incorporados ao estoque, sendo formalmente registrados para devolução ou substituição pelo fornecedor.

Após aprovação do recebimento, será realizado o lançamento da entrada no sistema informatizado de gestão, assegurando a rastreabilidade do lote recebido, identificação do fornecedor, data do recebimento, responsável pela conferência e localização física do material.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Nota Fiscal;
- ✓ Pedido de Compra;
- ✓ Autorização de Fornecimento;
- ✓ Relatório de Recebimento;
- ✓ Registro de Não Conformidade, quando aplicável;
- ✓ Sistema informatizado de gestão de materiais.

Pontos de controle

- ✓ Conformidade entre pedido e material entregue;
- ✓ Conferência quantitativa;
- ✓ Conferência qualitativa;
- ✓ Validade dos produtos;
- ✓ Integridade das embalagens;
- ✓ Registro do lote;
- ✓ Lançamento da entrada no sistema.

Resultado esperado

Materiais recebidos, conferidos, registrados e disponibilizados para armazenamento, assegurando qualidade, rastreabilidade e conformidade com o processo de aquisição.



Fluxo de Armazenamento

Objetivo

Estabelecer critérios técnicos para armazenamento dos materiais, medicamentos, insumos e bens patrimoniais, assegurando sua adequada conservação, organização, identificação, rastreabilidade e disponibilidade para utilização pelas unidades de saúde.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, Almoxarifes, Farmácia, Patrimônio e Coordenação Administrativa.

Descrição da rotina

Após o recebimento e registro no sistema informatizado, os materiais serão encaminhados às áreas de armazenamento conforme sua natureza, observando requisitos específicos de conservação, temperatura, umidade, ventilação, segurança e organização física.

Os materiais permanecerão identificados por código, descrição, lote, validade, localização física e demais informações necessárias à sua rastreabilidade.

A organização dos estoques observará metodologia que privilegie a adequada rotatividade dos produtos, priorizando a utilização dos itens com menor prazo de validade, conforme o princípio FEFO (First Expire, First Out), e, quando aplicável, a ordem cronológica de entrada dos materiais, conforme o princípio FIFO (First In, First Out).

Produtos sujeitos a controle especial, medicamentos, materiais estéreis, equipamentos e bens patrimoniais receberão tratamento específico conforme suas características e exigências legais.

Serão realizadas inspeções periódicas para verificação das condições de armazenamento, organização dos estoques, limpeza dos ambientes, validade dos produtos, integridade das embalagens e identificação de riscos que possam comprometer a conservação dos materiais.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Sistema informatizado de gestão;
- ✓ Relatórios de estoque;
- ✓ Controle de validade;
- ✓ Mapa de localização dos materiais;
- ✓ Registro de inspeções.

Pontos de controle

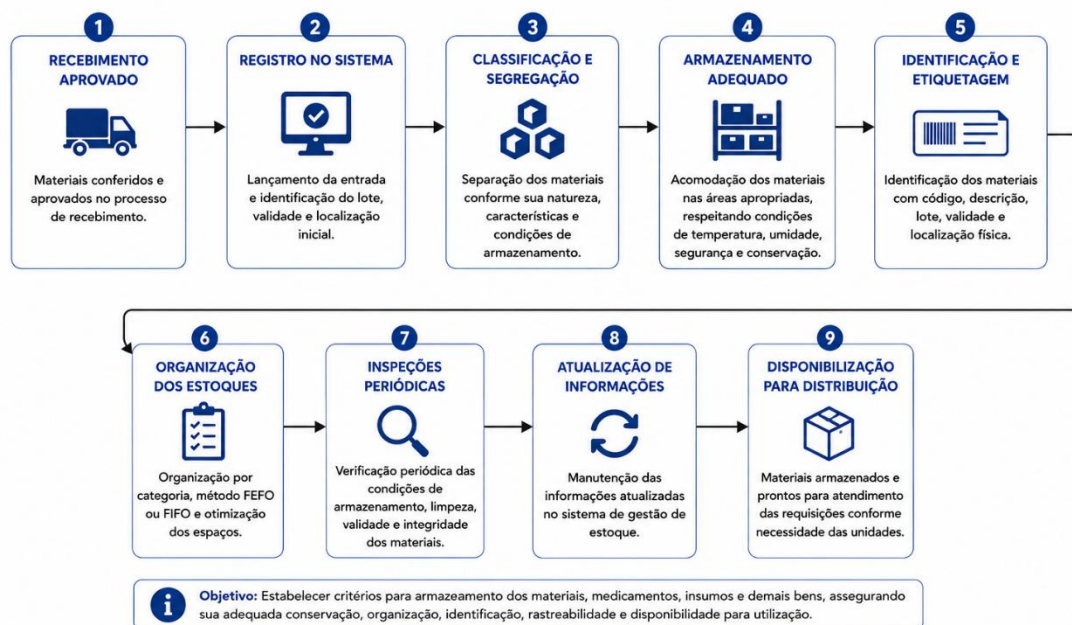
- ✓ Armazenamento conforme especificação técnica;
- ✓ Identificação dos materiais;
- ✓ Controle de validade;
- ✓ Organização física dos estoques;
- ✓ Condições ambientais;
- ✓ Rastreabilidade dos lotes;
- ✓ Segurança patrimonial.

Resultado esperado

Materiais armazenados em condições adequadas, preservando sua qualidade, disponibilidade e rastreabilidade durante todo o período de permanência em estoque.



FLUXO DE ARMAZENAMENTO



Fluxo de Distribuição

Objetivo

Padronizar o processo de distribuição de materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e demais itens armazenados, assegurando o abastecimento oportuno das unidades e setores, a rastreabilidade das movimentações, a compatibilidade entre as solicitações e o consumo institucional, bem como a continuidade da assistência prestada.

Responsáveis

Participam desta etapa a Gestão do Almoxarifado e Patrimônio, equipe do Almoxarifado, Farmácia, Coordenações das Unidades, responsáveis pelos setores solicitantes e profissionais autorizados para recebimento dos materiais.

Descrição da rotina

A distribuição será realizada mediante solicitação formal do setor requisitante, observando os níveis de estoque, a programação de

abastecimento, o consumo histórico e as necessidades assistenciais das unidades.

Após análise da requisição, o Almoxarifado realizará a separação dos materiais, conferência quantitativa e qualitativa dos itens, registro da movimentação no sistema informatizado e disponibilização dos produtos para retirada ou entrega, conforme fluxo logístico estabelecido.

Toda saída de material será vinculada ao setor solicitante, ao responsável pelo recebimento, à data da movimentação e aos respectivos documentos de controle, permitindo a completa rastreabilidade da distribuição.

Em situações de urgência ou demandas extraordinárias, o fornecimento poderá ocorrer de forma imediata, mediante registro específico da solicitação e posterior regularização documental.

Documentos e registros utilizados

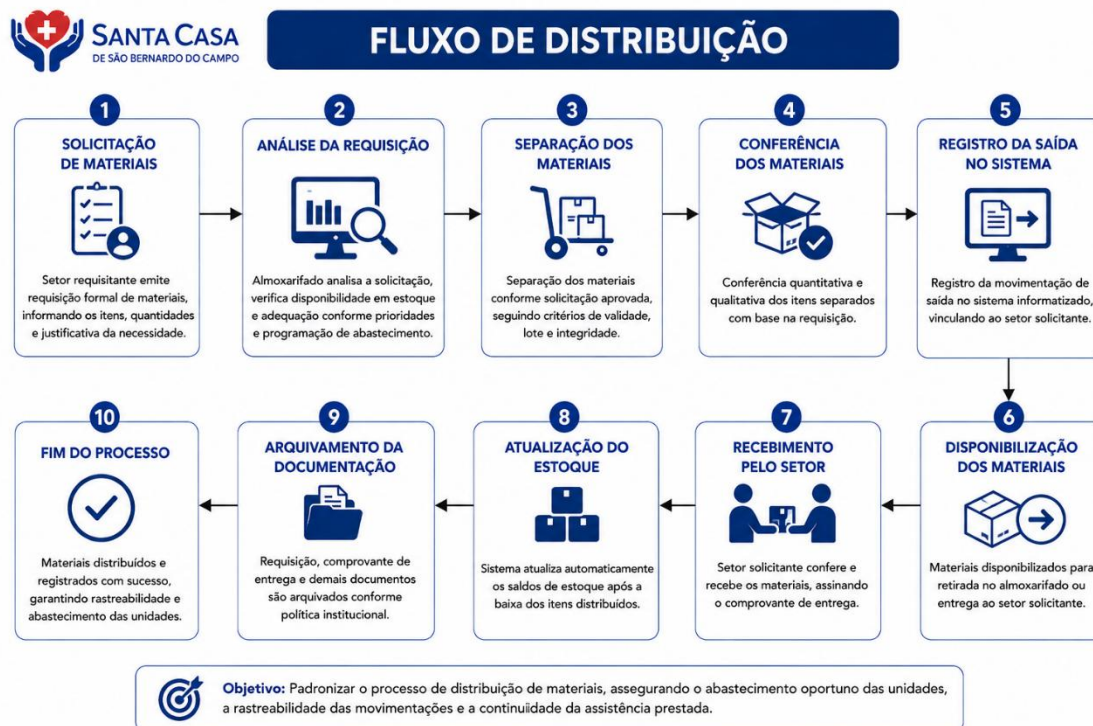
- ✓ Requisição de Materiais;
- ✓ Relatório de Separação;
- ✓ Comprovante de Entrega;
- ✓ Sistema informatizado de gestão de estoque;
- ✓ Relatórios de movimentação.

Pontos de controle

- ✓ Autorização da solicitação;
- ✓ Disponibilidade em estoque;
- ✓ Conferência dos materiais separados;
- ✓ Registro da saída no sistema;
- ✓ Identificação do responsável pelo recebimento;
- ✓ Atualização automática do saldo de estoque.

Resultado esperado

Materiais distribuídos de forma segura, tempestiva e rastreável, garantindo o abastecimento das unidades e a continuidade das atividades assistenciais e administrativas.



Controle de Estoques

Objetivo

Estabelecer procedimentos para o monitoramento permanente dos estoques, assegurando níveis adequados de abastecimento, utilização racional dos recursos, prevenção de perdas e disponibilidade contínua dos materiais necessários ao funcionamento das unidades de saúde.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, Almoxarifes, Farmácia, Coordenação Administrativa e Gestores das Unidades.

Descrição da rotina

O controle de estoque será realizado por meio de sistema informatizado, permitindo o acompanhamento permanente das entradas, saídas, transferências, devoluções, perdas, ajustes de estoque e saldos disponíveis.

Serão estabelecidos níveis mínimos, máximos e pontos de reposição para os principais grupos de materiais, considerando consumo médio, sazonalidade, tempo de reposição, criticidade dos insumos e perfil assistencial das unidades.

A Gerência realizará acompanhamento periódico dos indicadores de consumo, materiais de baixa movimentação, produtos próximos ao vencimento, estoque ocioso, perdas e rupturas de abastecimento, adotando medidas preventivas para evitar desabastecimentos e desperdícios.

O controle de validade observará metodologia que priorize a utilização dos produtos com menor prazo de vencimento, reduzindo perdas decorrentes da expiração da validade.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Sistema informatizado de gestão;
- ✓ Relatórios de estoque;
- ✓ Relatórios de consumo;
- ✓ Controle de validade;
- ✓ Relatórios gerenciais.

Pontos de controle

- ✓ níveis mínimo e máximo de estoque;
- ✓ ponto de reposição;
- ✓ saldo disponível;
- ✓ controle de validade;
- ✓ perdas e avarias;
- ✓ materiais de baixa movimentação;
- ✓ estoque crítico.

Resultado esperado

Estoques monitorados continuamente, mantendo níveis adequados de abastecimento, reduzindo desperdícios e assegurando disponibilidade dos materiais necessários à execução dos serviços.

Inventários

Objetivo

Padronizar os procedimentos de inventário físico dos materiais e bens patrimoniais, assegurando a correspondência entre os registros informatizados

e os quantitativos efetivamente existentes, fortalecendo os mecanismos de controle interno e a confiabilidade das informações patrimoniais.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, Comissão de Inventário, Coordenação Administrativa, setores usuários e Auditoria Interna.

Descrição da rotina

Serão realizados inventários periódicos dos materiais estocados e dos bens patrimoniais, conforme cronograma institucional, podendo ocorrer inventários rotativos, parciais ou gerais.

Durante o inventário serão confrontados os saldos físicos com os registros constantes no sistema informatizado, identificando divergências, materiais não localizados, excedentes, perdas, bens inservíveis e demais inconsistências.

As divergências identificadas serão analisadas, justificadas e tratadas mediante procedimentos administrativos específicos, promovendo os ajustes necessários após validação da Gerência responsável.

Os resultados dos inventários subsidiarão ações de melhoria dos controles internos, planejamento de aquisições, avaliação patrimonial e prestação de contas.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Relatórios de inventário;
- ✓ Sistema informatizado;
- ✓ Termos de ajuste de estoque;
- ✓ Relatórios de divergências;
- ✓ Relatórios conclusivos da Comissão de Inventário.

Pontos de controle

- ✓ Conferência física dos materiais;
- ✓ Conciliação entre estoque físico e sistema;
- ✓ Identificação de divergências;
- ✓ Regularização dos ajustes;
- ✓ Emissão de relatório conclusivo.

lrm

Resultado esperado

Inventário concluído com identificação das divergências, atualização dos registros patrimoniais e fortalecimento dos mecanismos de controle interno.

Fluxo de Movimentação Patrimonial

Objetivo

Padronizar os procedimentos relacionados à incorporação, transferência, remanejamento, baixa e alienação de bens patrimoniais, assegurando rastreabilidade, controle administrativo e adequada utilização do patrimônio disponibilizado para execução do Contrato de Gestão.

Responsáveis

Gerência de Almojarifado e Patrimônio, setor de Patrimônio, Coordenação Administrativa, setores usuários e Diretoria da unidade.

Descrição da rotina

Toda movimentação patrimonial será precedida de registro no sistema informatizado, contendo identificação do bem, número patrimonial, setor de origem, setor de destino, responsável pela movimentação, motivo da transferência e data da operação.

Os bens permanentes serão identificados mediante tombamento patrimonial, permanecendo vinculados ao respectivo setor de utilização e ao responsável por sua guarda.

As transferências internas ocorrerão mediante autorização da Gerência competente, permanecendo registradas no sistema patrimonial para manutenção da rastreabilidade dos bens.

A baixa patrimonial somente será realizada após avaliação técnica, observando critérios de inservibilidade, obsolescência, perda, dano irreparável ou demais hipóteses previstas na legislação e nas normas institucionais.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Termo de Responsabilidade Patrimonial;
- ✓ Termo de Transferência;
- ✓ Termo de Baixa Patrimonial;
- ✓ Sistema informatizado de patrimônio;

- ✓ Relatórios patrimoniais.

Pontos de controle

- ✓ identificação patrimonial;
- ✓ autorização da movimentação;
- ✓ atualização cadastral;
- ✓ rastreabilidade dos bens;
- ✓ responsabilidade pela guarda;
- ✓ registro das baixas.

Resultado esperado

Movimentações patrimoniais realizadas com controle, rastreabilidade e atualização permanente dos registros institucionais.

Controle Patrimonial

Objetivo

Estabelecer procedimentos administrativos para identificação, registro, acompanhamento, conservação e controle dos bens patrimoniais vinculados às unidades de saúde, assegurando a integridade do patrimônio, a rastreabilidade das movimentações e a adequada utilização dos recursos públicos disponibilizados para execução do Contrato de Gestão.

Responsáveis

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, setor de Patrimônio, Coordenação Administrativa, gestores das unidades e responsáveis pelos setores usuários.

Descrição da rotina

Todos os bens permanentes incorporados às unidades serão cadastrados em sistema informatizado de gestão patrimonial, recebendo identificação patrimonial individualizada que possibilite sua localização, histórico de movimentações, estado de conservação e responsabilidade pela guarda.

Os bens permanecerão vinculados ao setor de utilização e ao respectivo responsável, sendo obrigatória a comunicação de qualquer movimentação,

transferência, substituição, manutenção, extravio ou dano que altere sua condição patrimonial.

A Gerência realizará acompanhamento periódico da localização, utilização e estado de conservação dos bens, promovendo ações preventivas destinadas à preservação do patrimônio e à maximização de sua vida útil.

Sempre que identificadas irregularidades, perdas ou danos, serão adotadas as medidas administrativas cabíveis para apuração dos fatos e regularização dos registros patrimoniais.

Documentos e registros utilizados

- ✓ Cadastro patrimonial;
- ✓ Sistema informatizado de patrimônio;
- ✓ Termo de Responsabilidade;
- ✓ Termo de Transferência;
- ✓ Relatórios patrimoniais;
- ✓ Relatórios de manutenção.

Pontos de controle

- ✓ Identificação patrimonial dos bens;
- ✓ Atualização cadastral;
- ✓ Responsabilidade pela guarda;
- ✓ Localização física dos ativos;
- ✓ Estado de conservação;
- ✓ Registro das movimentações.

Resultado esperado

Patrimônio permanentemente controlado, identificado e rastreado, assegurando adequada utilização dos bens institucionais e confiabilidade dos registros patrimoniais.

Responsabilidades dos Setores Envolvidos

A gestão do Almoxarifado e Patrimônio será desenvolvida de forma integrada entre os diversos setores administrativos e assistenciais, observando

a segregação de funções, a rastreabilidade dos processos e o fortalecimento dos mecanismos de controle interno.

Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

Compete planejar, coordenar, supervisionar e monitorar todas as atividades relacionadas ao recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventários, gestão patrimonial e elaboração de relatórios gerenciais, assegurando o cumprimento das rotinas estabelecidas neste Manual.

Almoxarifado

Compete realizar o recebimento, conferência, armazenamento, organização, separação, distribuição e controle dos materiais, mantendo atualizados os registros de movimentação e os saldos de estoque.

Setor de Patrimônio

Compete realizar o cadastramento, tombamento, movimentação, inventário, controle, baixa e atualização dos registros patrimoniais, mantendo a rastreabilidade dos bens permanentes.

Setores Solicitantes

Compete planejar suas necessidades de abastecimento, formalizar requisições de materiais, zelar pela adequada utilização dos recursos recebidos e comunicar imediatamente qualquer irregularidade relacionada aos materiais ou bens patrimoniais sob sua responsabilidade.

Coordenação Administrativa

Compete acompanhar os indicadores de desempenho da área, supervisionar os processos administrativos, analisar relatórios gerenciais e promover ações voltadas à melhoria contínua da gestão logística e patrimonial.

Diretoria da Unidade

Compete acompanhar os resultados da gestão de almoxarifado e patrimônio, deliberar sobre situações excepcionais, apoiar a implementação das melhorias identificadas e assegurar o cumprimento das diretrizes institucionais.

Mecanismos de Rastreabilidade

Todos os materiais, medicamentos, insumos, equipamentos e bens patrimoniais serão controlados por sistema informatizado, permitindo identificar

sua origem, fornecedor, data de recebimento, lote, validade, localização física, movimentações realizadas, setor de destino, responsável pelo recebimento e situação atual.

Os registros administrativos possibilitarão a reconstrução integral da movimentação de cada item desde seu ingresso na unidade até sua utilização, transferência, devolução ou baixa patrimonial, garantindo transparência, segurança das informações e suporte às atividades de auditoria e prestação de contas.

Sempre que aplicável, serão utilizados mecanismos de identificação que permitam maior confiabilidade na gestão dos estoques e do patrimônio, tais como etiquetas patrimoniais, códigos de barras, QR Code ou outros recursos tecnológicos compatíveis com o sistema informatizado adotado pela instituição.

Monitoramento

A Gerência de Almoxarifado e Patrimônio realizará monitoramento contínuo dos processos administrativos, utilizando indicadores que permitam avaliar o desempenho operacional, a disponibilidade dos estoques, a eficiência logística e a confiabilidade dos registros patrimoniais.

Serão acompanhados, entre outros:

- ✓ Nível de atendimento das requisições;
- ✓ Índice de ruptura de estoque;
- ✓ Índice de perdas e avarias;
- ✓ Materiais próximos ao vencimento;
- ✓ Tempo médio de atendimento das solicitações;
- ✓ Divergências de inventário;
- ✓ Percentual de bens inventariados;
- ✓ movimentações patrimoniais registradas;
- ✓ índice de conformidade dos registros.

Os resultados serão consolidados em relatórios gerenciais periódicos, subsidiando a tomada de decisão, o planejamento das aquisições e a melhoria contínua dos processos administrativos.

Auditoria

A Gerência de Almoxarifado e Patrimônio estará sujeita a auditorias internas e externas destinadas à verificação da conformidade dos processos administrativos, dos controles de estoque e da gestão patrimonial.

As auditorias compreenderão a análise documental, conferência física dos estoques e bens patrimoniais, verificação das movimentações registradas, avaliação da aderência às rotinas estabelecidas neste Manual e identificação de oportunidades de melhoria.

As não conformidades identificadas serão registradas em relatório específico, contendo plano de ação, responsáveis e prazos para implementação das medidas corretivas.

Prestação de Contas

As informações produzidas pela Gerência de Almoxarifado e Patrimônio subsidiarão a prestação de contas do Contrato de Gestão, permitindo demonstrar a adequada aplicação dos recursos públicos, a movimentação dos estoques, o controle patrimonial e a disponibilidade dos materiais necessários ao funcionamento das unidades.

Os relatórios administrativos e patrimoniais permanecerão arquivados em meio físico ou eletrônico, conforme a política institucional de gestão documental e os prazos legais de guarda, permanecendo disponíveis para consulta pelos órgãos de controle interno, controle externo, Secretaria Municipal de Saúde e demais instâncias fiscalizadoras.

Indicadores de Desempenho

Com o objetivo de promover a melhoria contínua da gestão logística e patrimonial, serão monitorados indicadores de desempenho que permitam avaliar a eficiência dos processos administrativos e subsidiar ações corretivas e preventivas.

Entre os principais indicadores destacam-se:

- Índice de atendimento das requisições;
- tempo médio de reposição de materiais;
- índice de ruptura de estoque;

- índice de perdas por vencimento;
- índice de perdas por avarias;
- acuracidade do inventário;
- percentual de divergências patrimoniais;
- tempo médio de regularização das não conformidades;
- percentual de inventários realizados conforme cronograma;
- índice de conformidade dos registros patrimoniais.

Considerações Finais

As rotinas descritas neste Manual constituem proposta para padronização dos processos administrativos da Gerência de Almoxarifado e Patrimônio, podendo ser complementadas ou ajustadas durante a implantação do Contrato de Gestão, conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, necessidades operacionais identificadas e avaliação do Gestor do Contrato, sempre em conformidade com a legislação vigente e as normas institucionais aplicáveis.

As rotinas descritas neste Manual constituem proposta inicial para padronização dos processos administrativos de faturamento, podendo ser complementadas ou ajustadas durante a implantação do Contrato de Gestão, conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, necessidades operacionais identificadas e avaliação do Gestor do Contrato, sempre em conformidade com a legislação vigente e os sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde.

6.1.9 A.9. Apresentar Organização e Funcionamento dos Serviços Assistenciais e de Apoio do Respectivo Lote

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituirão a principal porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Seu funcionamento será orientado pelos princípios da universalidade, integralidade,

equidade, longitudinalidade do cuidado, coordenação da atenção, territorialização, adscrição da população, participação social e resolutividade. As UBS desenvolverão ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, vigilância em saúde e cuidados paliativos, atuando de forma integrada com os demais níveis assistenciais e assegurando a continuidade do cuidado por meio de sistemas de referência e contrarreferência.

O processo de trabalho das UBS será estruturado com base no diagnóstico situacional do território, considerando os determinantes e condicionantes sociais da saúde, o perfil epidemiológico da população adscrita e as necessidades identificadas pelas equipes multiprofissionais. A organização assistencial contemplará acolhimento com escuta qualificada, classificação das demandas espontâneas, atendimento programado, acompanhamento longitudinal das condições agudas e crônicas, visitas domiciliares, ações coletivas, atividades educativas, imunização, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde da pessoa idosa, saúde mental, atenção às condições crônicas e ações intersetoriais voltadas à promoção da qualidade de vida.

As Unidades Básicas de Saúde manterão processos permanentes de planejamento, monitoramento e avaliação, utilizando indicadores assistenciais, epidemiológicos e gerenciais para subsidiar a tomada de decisão, promover a melhoria contínua dos serviços e garantir o cumprimento das metas estabelecidas pelos instrumentos de planejamento do SUS. A gestão das unidades estimulará o trabalho interdisciplinar, a educação permanente, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, a segurança do paciente e a humanização do atendimento.

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituirão o modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo ações territoriais voltadas à atenção integral da população adscrita. Cada equipe será responsável pelo acompanhamento contínuo das famílias residentes em sua área de abrangência, realizando cadastramento populacional, territorialização,

estratificação de risco, vigilância das condições de saúde, planejamento das ações e acompanhamento longitudinal dos indivíduos ao longo do ciclo de vida.

A atuação das equipes ESF ocorrerá por meio de ações clínicas individuais, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, atividades comunitárias, grupos educativos, campanhas de prevenção, busca ativa de usuários, acompanhamento de gestantes, puérperas, crianças, pessoas com doenças crônicas, pessoas em situação de vulnerabilidade social e indivíduos com necessidades especiais de saúde. As equipes desenvolverão ainda ações de vigilância em saúde, controle de doenças transmissíveis, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, imunização, saúde mental, saúde do trabalhador, práticas integrativas quando disponíveis e articulação permanente com os equipamentos da rede de assistência social, educação e demais políticas públicas.

O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família será baseado na responsabilização sanitária, no vínculo entre profissionais e usuários, na coordenação do cuidado e na integração multiprofissional, utilizando protocolos clínicos, linhas de cuidado e instrumentos de gestão que assegurem maior resolutividade e eficiência assistencial. A atuação da equipe será apoiada por sistemas informatizados de registro clínico, monitoramento de indicadores e acompanhamento das metas pactuadas.

As Equipes de Atenção Primária (eAP) atuarão como modalidade complementar de organização da Atenção Primária à Saúde, respeitando os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e adequando sua composição às características epidemiológicas, demográficas e territoriais do município. As eAP desenvolverão atividades assistenciais semelhantes às da Estratégia Saúde da Família, incluindo acolhimento, consultas médicas e de enfermagem, procedimentos ambulatoriais, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, atividades educativas, promoção da saúde, prevenção de agravos, visitas domiciliares e articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde.

O processo de trabalho das eAP será organizado de forma a garantir acesso oportuno, atendimento humanizado, continuidade assistencial, utilização

racional dos recursos disponíveis e coordenação efetiva do cuidado. As equipes atuarão de maneira integrada com os demais profissionais da rede municipal, fortalecendo a resolutividade da Atenção Primária e reduzindo encaminhamentos desnecessários para os níveis secundário e terciário de atenção.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) integrarão a Atenção Primária à Saúde de forma articulada com as equipes ESF e eAP, promovendo atenção odontológica integral, contínua e humanizada à população adscrita. Sua atuação compreenderá ações de promoção da saúde bucal, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento clínico, procedimentos restauradores, periodontais, cirúrgicos de baixa complexidade, atendimento às urgências odontológicas, educação em saúde, vigilância dos agravos bucais e acompanhamento dos diferentes ciclos de vida.

As ESB desenvolverão ações clínicas individuais e coletivas nas unidades de saúde, escolas, instituições comunitárias e domicílios, priorizando grupos vulneráveis, gestantes, crianças, adolescentes, pessoas idosas e pacientes com necessidades especiais. O trabalho será fundamentado na avaliação de risco, planejamento territorial, monitoramento epidemiológico das condições de saúde bucal e integração permanente com os demais profissionais da Atenção Primária.

As equipes de Saúde Bucal participarão das reuniões de planejamento das equipes multiprofissionais, contribuindo para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, elaboração de ações intersetoriais e desenvolvimento de atividades de educação permanente. A assistência odontológica será organizada mediante protocolos clínicos, critérios de classificação de risco, garantia de biossegurança, rastreabilidade dos materiais esterilizados, monitoramento da qualidade dos procedimentos e utilização de indicadores assistenciais que permitam avaliar o desempenho, a cobertura populacional e os resultados alcançados.

A integração entre UBS, ESF, eAP e ESB permitirá a constituição de um modelo assistencial centrado nas necessidades da população, fundamentado na atenção integral, na coordenação do cuidado, na atuação interdisciplinar e na

organização territorial dos serviços. Essa estrutura favorecerá a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais, a melhoria dos indicadores de saúde, a racionalização dos recursos públicos e o alcance dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde, assegurando assistência qualificada, resolutiva, humanizada e baseada nas melhores evidências técnico-científicas.

- Organização e funcionamento

A rede de Atenção Primária à Saúde será organizada por meio de oito Unidades Básicas de Saúde estrategicamente distribuídas no território municipal, estruturadas para garantir acesso universal, equitativo e contínuo à população adscrita. O modelo assistencial será fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e nas Redes de Atenção à Saúde, assegurando a coordenação do cuidado, a integralidade da assistência, a territorialização, a longitudinalidade e a responsabilização sanitária das equipes.

A organização da rede compreenderá cinco Unidades Básicas estruturadas sob o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando trinta equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das famílias residentes em seus territórios de abrangência. Complementarmente, três Unidades Básicas funcionarão com Equipes de Atenção Primária (eAP), totalizando doze equipes, ampliando a capacidade assistencial e garantindo maior cobertura populacional conforme as características demográficas e epidemiológicas do município.

A assistência odontológica será integrada à Atenção Primária por meio de dezesseis Equipes de Saúde Bucal (ESB), distribuídas conforme a necessidade assistencial de cada unidade, incluindo equipes com jornadas de 20 e 40 horas semanais e cobertura complementar aos sábados, assegurando maior acesso aos serviços odontológicos, ampliação da cobertura preventiva e redução da demanda reprimida.

lcm

Cada Unidade Básica de Saúde funcionará como porta preferencial de entrada do cidadão ao Sistema Único de Saúde, desenvolvendo ações individuais, familiares e coletivas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento das condições agudas e crônicas, reabilitação, vigilância em saúde e coordenação dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção.

O acesso aos serviços será organizado por meio de acolhimento com escuta qualificada, classificação de necessidades, atendimento programado e atendimento à demanda espontânea, garantindo resposta oportuna às necessidades da população. O processo assistencial contemplará consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimento odontológico, procedimentos ambulatoriais, imunização, coleta de exames, acompanhamento farmacoterapêutico, assistência pré-natal, puericultura, planejamento reprodutivo, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, idosos, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

As equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolverão suas atividades com base na territorialização, cadastramento nominal da população, estratificação de risco, diagnóstico situacional do território e elaboração do planejamento local em saúde. O acompanhamento das famílias ocorrerá de forma longitudinal, por meio de consultas periódicas, visitas domiciliares, ações educativas, grupos terapêuticos, busca ativa, vigilância epidemiológica e monitoramento permanente dos indicadores assistenciais.

As Equipes de Atenção Primária (eAP) atuarão de forma integrada à rede municipal, realizando consultas médicas e de enfermagem, procedimentos clínicos, acompanhamento das condições crônicas, atendimento às demandas espontâneas e programadas, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, fortalecendo a resolutividade da Atenção Primária e reduzindo encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados.

As Equipes de Saúde Bucal desenvolverão assistência odontológica integral por meio de consultas preventivas, procedimentos restauradores, periodontais, cirúrgicos de baixa complexidade, urgências odontológicas,

educação em saúde bucal, aplicação tópica de flúor, ações coletivas em escolas e instituições, rastreamento de lesões bucais, atendimento domiciliar quando indicado e acompanhamento dos diferentes ciclos de vida, atuando de forma integrada às equipes médicas e de enfermagem.

O funcionamento das Unidades Básicas será sustentado por processos padronizados de gestão clínica e administrativa, contemplando protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, linhas de cuidado, regulação do acesso, sistemas informatizados de prontuário eletrônico, monitoramento de indicadores, gestão por resultados e melhoria contínua da qualidade.

As equipes multiprofissionais realizarão reuniões periódicas para discussão de casos clínicos, construção de Projetos Terapêuticos Singulares, planejamento das ações territoriais, avaliação dos indicadores de desempenho e implementação de estratégias de educação permanente, fortalecendo a integração entre os diferentes profissionais e qualificando o cuidado ofertado.

O modelo organizacional será orientado por indicadores de desempenho assistencial, cobertura populacional, qualidade do cuidado, acesso oportuno, satisfação dos usuários e cumprimento das metas pactuadas com a gestão municipal, permitindo acompanhamento contínuo da eficiência operacional, da efetividade clínica e da resolutividade da Atenção Primária.

Essa estrutura integrada, composta por oito Unidades Básicas de Saúde, trinta equipes da Estratégia Saúde da Família, doze Equipes de Atenção Primária e dezesseis Equipes de Saúde Bucal, garantirá ampla cobertura assistencial, fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, organização territorial das ações de saúde e consolidação da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, promovendo assistência humanizada, resolutiva, segura e fundamentada nas melhores evidências técnico-científicas.

6.1.9.1 Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional das Unidades Básicas de Saúde será desenvolvida sob um modelo de governança participativa, descentralizada e

orientada por resultados, assegurando a integração entre as dimensões assistencial, administrativa e operacional, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Política Nacional de Humanização (PNH) e das normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A gestão do Lote I será composta por uma estrutura hierarquizada, com definição clara das competências institucionais, linhas de autoridade, responsabilidades técnicas e mecanismos permanentes de supervisão, monitoramento e avaliação do desempenho das unidades, garantindo uniformidade dos processos assistenciais e administrativos em todas as Unidades Básicas de Saúde.

A coordenação geral dos serviços será responsável pelo planejamento estratégico, gestão contratual, monitoramento das metas assistenciais, gestão dos indicadores de desempenho, acompanhamento dos resultados institucionais, articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e supervisão das coordenações técnicas e administrativas das unidades.

Cada Unidade Básica de Saúde contará com gestão local responsável pela organização dos processos assistenciais, coordenação das equipes, gerenciamento dos recursos humanos, materiais e tecnológicos, acompanhamento dos indicadores da unidade, planejamento das ações territoriais e garantia do cumprimento dos protocolos institucionais e das metas pactuadas.

A organização assistencial será estruturada por meio de cinco Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando trinta equipes, e três Unidades Básicas com Equipes de Atenção Primária (eAP), totalizando doze equipes, distribuídas conforme o território sanitário e as necessidades epidemiológicas da população. As equipes atuarão de forma integrada, compartilhando protocolos, linhas de cuidado e estratégias de coordenação da assistência.

As dezesseis Equipes de Saúde Bucal (ESB) serão integradas às equipes médicas e de enfermagem, promovendo assistência odontológica contínua, ações preventivas, atendimento clínico, atividades coletivas e integração com os

programas de promoção da saúde desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde.

A estrutura organizacional contemplará, de forma integrada, as seguintes áreas funcionais:

- Gestão Geral do Contrato;
- Coordenação da Atenção Primária à Saúde;
- Coordenação das Unidades Básicas de Saúde;
- Coordenação de Enfermagem;
- Coordenação de Saúde Bucal;
- Coordenação das Equipes Multiprofissionais (quando previstas);
- Assistência Farmacêutica;
- Vigilância em Saúde integrada à Atenção Primária;
- Gestão Administrativa;
- Recursos Humanos;
- Tecnologia da Informação e Sistemas de Informação em Saúde;
- Regulação e Apoio ao Acesso;
- Almoxarifado e Gestão de Insumos;
- Patrimônio e Infraestrutura;
- Ouvidoria e Humanização;
- Higienização, Manutenção Predial e demais serviços de apoio operacional.

A estrutura organizacional será orientada pela integração permanente entre as equipes da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária, Equipes de Saúde Bucal e demais profissionais da Atenção Primária, favorecendo a atuação interdisciplinar, o compartilhamento de responsabilidades, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a

realização de reuniões de equipe, o planejamento territorial e a coordenação do cuidado ao longo de toda a Rede de Atenção à Saúde.

A governança institucional será apoiada por mecanismos permanentes de comunicação entre os diferentes níveis de gestão, reuniões sistemáticas de monitoramento, análise de indicadores assistenciais, avaliação dos processos de trabalho, auditorias internas, educação permanente e planos de melhoria contínua, assegurando transparência, eficiência administrativa, qualidade assistencial e conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde e com as metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Por meio dessa estrutura organizacional, as oito Unidades Básicas de Saúde funcionarão de forma integrada e padronizada, garantindo a coordenação das ações desenvolvidas pelas trinta equipes da Estratégia Saúde da Família, doze Equipes de Atenção Primária e dezesseis Equipes de Saúde Bucal, promovendo assistência resolutiva, humanizada, segura e centrada nas necessidades da população adscrita.

6.1.9.2 Composição das Equipes

VILA SÃO PAULO				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Agente Comunitário	40h	27	0	0
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Auxiliar Administrativo	40h	0	7	7
Enfermeiro	40h	0	7	7
ENFERMEIRO(A) (Responsável Técnico)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	2	2
Gerente III	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	0	16	16
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	2	2
Técnico RX	06h	0	2	2
		28	40	40

VILA SANTO ANTÔNIO				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Agente Comunitário	40h	23	0	0
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Agente Administrativo	40h	0	0	0
Auxiliar Administrativo	40h	0	7	7
Auxiliar Farmácia	40h	0	2	2
Enfermeiro	40h	0	7	7
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	2	2
Gerente III	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	0	16	16
Técnico Farmácia	40h	0	0	0
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	2	2
Técnico RX	06h	0	0	0
Trabalhador Serv Gerais	40h	0	0	0
		24	41	41

Am

ANTÔNIO NHAM				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Agente Comunitário	40h	18	0	0
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Auxiliar Administrativo	40h	0	4	4
Auxiliar Farmácia	40h	0	1	1
Enfermeiro	40h	0	3	3
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	1	1
Gerente I	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	0	8	8
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	1	1
		19	23	23

Am

VILA MARGARIDA				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Agente Comunitário	40h	19	0	0
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Agente Administrativo	40h	0	0	0
Auxiliar Administrativo	40h	0	5	5
Auxiliar Enfermagem	40h	0	0	0
Auxiliar Farmácia	40h	0	2	2
Enfermeiro	40h	0	5	5
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	2	2
Gerente II	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	0	10	10
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	1	1
		20	30	30

Am

JARDIM YONE				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Agente Comunitário	40h	16	0	0
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Auxiliar Administrativo	40h	0	5	5
Auxiliar Enfermagem	40h	0	0	0
Auxiliar Farmácia	40h	0	1	1
Enfermeiro	40h	0	4	4
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	1	1
Gerente I	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	0	10	10
Técnico Saúde Bucal (20h)	20h	0	0	0
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	1	1
Trabalhador Serv Gerais	40h	0	0	0
		17	27	27

lrm

CDHU				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Assistente Administrativo	40h	0	1	1
Agente Administrativo	40h	0	0	0
Auxiliar Administrativo	40h	1	4	4
Auxiliar Enfermagem	40h	1	0	0
Auxiliar Farmácia	40h	1	1	1
Enfermeiro	40h	1	2	2
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	1	1
Gerente II	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	1	8	8
Téc. Farmácia	40h	1	0	0
Técnico Saúde Bucal (20h)	20h	1	0	0
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	1	1
		8	22	22

Am

UBS CSII				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	Á CONTRATAR
Assistente Administrativo	40h	1	1	1
Agente Administrativo	40h	1	0	0
Auxiliar Administrativo	40h	0	6	6
Auxiliar Enfermagem	40h	2	0	0
Auxiliar Farmácia	40h	2	1	1
Enfermeiro	40h	1	2	2
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	1	1	1
Gerente II	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	1	7	7
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	0	4	4
Trabalhador de Serv Gerais	40h	1	0	0
		11	26	26

lmm

JARDIM CASTELO				
Cargo	Carga Horária	PMO	OSC	À CONTRATAR
Assistente Administrativo	40h	1	1	1
Auxiliar Administrativo	40h	1	4	4
Auxiliar Enfermagem	40h	2	0	0
Auxiliar Farmácia	40h	0	1	1
Enfermeiro	40h	1	2	2
ENFERMEIRO(A) (Responsável)	40h	0	1	1
Farmacêutico	40h	0	1	1
Gerente I	40h	0	1	1
Jovem Aprendiz	40h	0	1	1
Motorista	40h	0	1	1
Psicólogo	40h	1	0	0
Técnico Enfermagem	40h	1	5	5
Técnico Saúde Bucal (40h)	40h	1	1	1
		8	19	19

6.1.9.3 Atribuições dos Profissionais

Atribuições dos Profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde, garantirá a atuação integrada e qualificada dos profissionais que compõem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). As atribuições dos profissionais serão desenvolvidas de forma articulada, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos usuários e fortalecimento do cuidado integral no território.

A equipe multiprofissional atuará de maneira organizada, seguindo protocolos assistenciais, normas técnicas e princípios da humanização, assegurando acesso, resolutividade e continuidade do cuidado à população adscrita. Cada profissional desempenhará suas competências específicas, contribuindo para o planejamento das ações, acompanhamento dos usuários, desenvolvimento de atividades individuais e coletivas e integração com a rede de atenção à saúde.

Atribuições do Coordenador Médico Responsável Técnico (RT)

O Coordenador Médico Responsável Técnico exercerá papel estratégico na organização e qualificação da assistência médica, atuando como referência técnica para as equipes, promovendo a padronização das condutas clínicas, a segurança do paciente, a integralidade do cuidado e a melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados à população.

Compete ao Coordenador Médico RT coordenar, supervisionar e acompanhar a atuação do corpo clínico da unidade, garantindo o cumprimento das linhas de cuidado, dos protocolos assistenciais e dos fluxos estabelecidos para a Atenção Primária à Saúde. Será responsável pelo planejamento e acompanhamento das escalas médicas, pelo monitoramento da produtividade e dos indicadores assistenciais, pela avaliação da qualidade dos registros em prontuário eletrônico e pela adoção de medidas que assegurem a adequada organização dos processos de trabalho.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo atribuirá ainda ao Coordenador Médico RT a responsabilidade de acompanhar os processos de auditoria clínica, supervisionar a correta aplicação dos protocolos institucionais, apoiar tecnicamente as equipes multiprofissionais, promover discussões de casos clínicos, estimular a utilização das melhores evidências científicas e assegurar o cumprimento dos princípios éticos que regem o exercício da medicina.

Também será responsável por identificar oportunidades de melhoria, analisar eventos adversos e incidentes relacionados à assistência, propor ações corretivas e preventivas, acompanhar indicadores de desempenho clínico e

participar da elaboração e implementação de planos de ação voltados à qualificação da assistência.

No âmbito da gestão assistencial, atuará em estreita articulação com a Gerência da Unidade, a Diretoria Clínica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e a Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para o alcance das metas assistenciais, dos indicadores de desempenho e dos resultados pactuados no Contrato de Gestão, garantindo assistência segura, resolutiva, humanizada e centrada nas necessidades da população.

Atribuições do Diretor Clínico

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo contará com um Diretor Clínico responsável pela coordenação técnica da assistência médica em todas as Unidades Básicas de Saúde sob sua gestão, exercendo função estratégica na condução das ações assistenciais, na padronização dos processos clínicos e na integração das equipes médicas em toda a rede de Atenção Primária à Saúde.

Compete ao Diretor Clínico planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades médicas desenvolvidas nas unidades, promovendo a uniformização dos processos assistenciais, o fortalecimento da governança clínica e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas, visando à melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo atribuirá ao Diretor Clínico a responsabilidade pela elaboração, implantação, revisão e monitoramento dos protocolos clínicos, linhas de cuidado, fluxos assistenciais e diretrizes técnicas institucionais, garantindo sua adequada aplicação pelas equipes médicas e multiprofissionais.

Será responsável pela supervisão técnica dos Coordenadores Médicos Responsáveis Técnicos (RT), promovendo reuniões periódicas, acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais, avaliação do desempenho clínico das unidades, discussão de casos complexos e apoio técnico permanente às equipes.

Compete ainda ao Diretor Clínico acompanhar auditorias clínicas, avaliar indicadores de qualidade, segurança do paciente, acesso, resolutividade, continuidade do cuidado e desempenho assistencial, propondo ações de melhoria contínua dos processos de trabalho e contribuindo para o fortalecimento da cultura de qualidade institucional.

No âmbito da educação permanente, coordenará programas de capacitação, atualização científica, discussão de protocolos assistenciais, reuniões clínicas e atividades de educação continuada voltadas aos profissionais médicos, estimulando o desenvolvimento técnico das equipes e a incorporação das melhores práticas assistenciais.

O Diretor Clínico atuará também como interlocutor técnico entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, a Secretaria Municipal de Saúde e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção, fortalecendo os mecanismos de referência e contrarreferência e contribuindo para a organização das linhas de cuidado da Atenção Primária.

Além disso, acompanhará o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão, apoiará a alta administração da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo na tomada de decisões estratégicas relacionadas à assistência médica, participará da análise dos resultados institucionais e garantirá que todas as Unidades Básicas de Saúde disponham de condições técnicas, estruturais, organizacionais e assistenciais adequadas para o exercício da medicina.

Por meio dessa atuação, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará uma gestão clínica qualificada, ética e integrada, fortalecendo a governança assistencial, a segurança do paciente, a eficiência dos processos de trabalho e a oferta de uma assistência resolutiva, humanizada e alinhada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Gerenciamento das Unidades de Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará modelo de gestão descentralizado, com Gerentes de Unidade de Saúde

dimensionados conforme o porte, a complexidade assistencial e as características operacionais de cada unidade. Essa estratégia assegura maior eficiência na gestão dos recursos, fortalecimento da governança clínica e administrativa, qualificação dos processos de trabalho e acompanhamento permanente dos indicadores de desempenho.

Os Gerentes de Unidade atuarão como responsáveis pela coordenação técnico-administrativa das unidades, promovendo a integração entre as equipes multiprofissionais, o monitoramento dos indicadores assistenciais, o planejamento das ações, a gestão de pessoas, a organização dos fluxos de atendimento e o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Gerente I

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará o Gerente I para atuar nas unidades classificadas como de baixa complexidade assistencial, compreendendo a UBS Jardim Castelo, UBS/ESF Jardim Yone e UBS/ESF Antônio Nhan.

Esse profissional será responsável pelo gerenciamento administrativo e operacional das unidades, coordenando as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), garantindo o adequado funcionamento dos serviços durante todo o horário de atendimento, inclusive no horário estendido e aos sábados.

Entre suas atribuições destacam-se o acompanhamento dos processos assistenciais, monitoramento dos indicadores de desempenho, supervisão das atividades das equipes, gestão dos recursos materiais e patrimoniais, organização das agendas, acompanhamento da produção assistencial, articulação com a rede municipal de saúde e implementação das ações de melhoria contínua da qualidade.

Gerente II

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo designará o Gerente II para a gestão das unidades de complexidade assistencial intermediária, compreendendo a UBS/ESF Vila Margarida, UBS CSII e UBS CDHU.

Além das atribuições inerentes à gestão administrativa e operacional, este profissional exercerá papel estratégico na coordenação dos processos assistenciais de unidades com maior volume de atendimentos e diversidade de serviços, promovendo a integração entre as equipes multiprofissionais e fortalecendo a organização dos fluxos de atendimento.

Será responsável pelo acompanhamento sistemático dos indicadores de acesso, produtividade, qualidade e desempenho, gerenciamento das equipes ESF, eAP e ESB, supervisão dos processos de trabalho, controle de insumos, apoio à Educação Permanente, monitoramento dos contratos de manutenção e garantia do cumprimento das metas pactuadas junto ao Município.

Gerente III

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará o Gerente III para as unidades classificadas como de maior complexidade assistencial, compreendendo a UBS/ESF Vila São Paulo e UBS/ESF Santo Antônio.

Considerando o maior porte dessas unidades, esse gerente desenvolverá atuação estratégica voltada à gestão integrada dos serviços, assegurando elevado padrão de qualidade assistencial, eficiência operacional e monitoramento contínuo dos resultados.

Suas responsabilidades incluem a coordenação das equipes ESF, eAP e ESB, gerenciamento dos processos administrativos e assistenciais, acompanhamento dos indicadores de desempenho, gestão de riscos, supervisão da infraestrutura, controle da execução contratual, implementação de protocolos institucionais, fortalecimento da segurança do paciente, coordenação das ações de Educação Permanente e articulação permanente com a Secretaria Municipal de Saúde para avaliação dos resultados e planejamento das ações.

Médico Generalista

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Médico Generalista para atuação nas Unidades Básicas de Saúde, responsável pela prestação de assistência integral, contínua e resolutive aos usuários, promovendo o cuidado longitudinal e coordenando a atenção à saúde no âmbito da Atenção Primária.

Compete ao Médico Generalista realizar consultas clínicas, avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários, atendendo tanto à demanda espontânea quanto à programada. Será responsável pela solicitação e interpretação de exames complementares, prescrição de medicamentos, emissão de atestados, laudos, pareceres e demais documentos pertinentes ao exercício profissional, além de realizar encaminhamentos aos serviços especializados sempre que necessário.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a atuação do profissional nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, acompanhamento de pacientes com condições agudas e crônicas, visitas domiciliares aos usuários com limitação de mobilidade, desenvolvimento de atividades coletivas, campanhas de saúde, reuniões de equipe e ações de educação permanente, contribuindo para a organização da linha de cuidado e para a melhoria dos indicadores assistenciais da Atenção Primária.

Médico Psiquiatra Adulto

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo contará com Médico Psiquiatra Adulto para atendimento especializado aos usuários com transtornos mentais, garantindo assistência qualificada, humanizada e integrada com a Rede de Atenção Psicossocial.

Compete ao profissional realizar consultas especializadas, avaliação psiquiátrica, diagnóstico, definição da conduta terapêutica, prescrição e monitoramento do tratamento medicamentoso, acompanhamento da evolução clínica e reavaliação periódica dos pacientes. Também será responsável pela elaboração de planos terapêuticos individualizados, orientação aos familiares e

cuidadores, discussão de casos clínicos com a equipe multiprofissional e realização dos encaminhamentos necessários aos demais serviços da rede assistencial, contribuindo para a continuidade e integralidade do cuidado.

Médico Psiquiatra Infantil

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Médico Psiquiatra Infantil para atendimento especializado de crianças e adolescentes com transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento, promovendo assistência integral e acompanhamento contínuo dos usuários.

Compete ao profissional realizar avaliação clínica especializada, diagnóstico, definição da conduta terapêutica, prescrição e monitoramento do tratamento, acompanhamento da evolução clínica e orientação às famílias e cuidadores. Atuará de forma integrada com a equipe multiprofissional, participando da elaboração dos planos terapêuticos, das discussões de casos clínicos e da articulação com os serviços especializados, contribuindo para o desenvolvimento integral da população infantojuvenil.

Médico Neurologista Adulto

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo contará com Médico Neurologista Adulto para a realização de consultas especializadas destinadas à avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários com doenças neurológicas.

Compete ao especialista realizar avaliação clínica neurológica, solicitar e interpretar exames complementares, estabelecer diagnóstico, prescrever tratamento, acompanhar a evolução clínica dos pacientes e orientar usuários e familiares quanto ao tratamento e aos cuidados necessários. Também participará da definição de condutas terapêuticas em conjunto com a equipe multiprofissional, promovendo assistência especializada, integrada e voltada à melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Médico Neurologista Infantil

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Médico Neurologista Infantil para atendimento especializado de crianças e adolescentes com alterações neurológicas e do desenvolvimento neuropsicomotor, assegurando diagnóstico precoce, acompanhamento longitudinal e tratamento especializado.

Compete ao profissional realizar avaliação clínica, investigação diagnóstica, solicitação e interpretação de exames complementares, definição da conduta terapêutica e acompanhamento da evolução dos pacientes. Atuará de forma integrada com a equipe multiprofissional, orientando familiares e cuidadores, participando da elaboração dos planos terapêuticos, promovendo os encaminhamentos necessários aos serviços especializados e contribuindo para o desenvolvimento integral da criança e do adolescente, garantindo assistência qualificada, humanizada e resolutiva.

Setor Administrativo

Assistente Administrativo

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Assistente Administrativo para atuar no suporte técnico-administrativo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo responsável pelo controle de documentos, elaboração de relatórios, organização de arquivos, apoio à gestão de recursos humanos, controle de materiais, organização de agendas e suporte às atividades administrativas da unidade. Também auxiliará na consolidação de informações gerenciais, acompanhamento da produção assistencial, alimentação dos sistemas de informação e monitoramento dos indicadores de desempenho, contribuindo para a eficiência dos processos administrativos e o adequado funcionamento dos serviços.

Auxiliar Administrativo

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Auxiliar Administrativo para atuar no atendimento aos usuários e

no suporte às rotinas administrativas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). Compete ao profissional realizar cadastros, agendamento de consultas, exames e procedimentos, organização de prontuários físicos e eletrônicos, emissão de documentos, alimentação dos sistemas informatizados e apoio às atividades da recepção, contribuindo para a organização dos fluxos administrativos e assistenciais da unidade.

Jovem Aprendiz

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Jovem Aprendiz para atuar em atividades de apoio administrativo e operacional, compatíveis com seu programa de aprendizagem e sob supervisão. Compete ao profissional auxiliar na organização de documentos, arquivamento, atendimento inicial ao público, recepção, almoxarifado e demais rotinas administrativas, contribuindo para o funcionamento da unidade e para sua formação profissional, em conformidade com a legislação vigente.

Equipe Assistencial

Enfermeiro Responsável Técnico (RT)

Responder tecnicamente pelo Serviço de Enfermagem das Unidades de Atenção Primária à Saúde, planejando, coordenando, supervisionando e avaliando a assistência de enfermagem, assegurando o cumprimento da legislação profissional, das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das normas da Secretaria Municipal de Saúde e das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Enfermeiro

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Enfermeiro para atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo responsável pela coordenação da assistência de enfermagem e pelo gerenciamento das ações assistenciais.

Compete ao profissional realizar consultas de enfermagem, procedimentos técnicos, solicitar exames e prescrever medicamentos conforme protocolos e legislação vigente, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem, acompanhar ações de vacinação, curativos e demais procedimentos, além de desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância em saúde e monitoramento dos indicadores assistenciais, contribuindo para a qualificação da assistência e a melhoria dos resultados em saúde.

Técnico de Enfermagem

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará Técnico de Enfermagem para atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), prestando assistência direta aos usuários sob supervisão do Enfermeiro. Compete ao profissional realizar aferição de sinais vitais, administração de medicamentos, curativos, coleta de materiais para exames, preparo de pacientes para consultas e procedimentos, apoio às campanhas de vacinação, organização das salas de atendimento, registro das atividades assistenciais, participação em ações educativas, visitas domiciliares e execução dos programas estratégicos da Atenção Primária, contribuindo para a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Saúde Bucal

Enfermeiro Responsável Técnico (RT)

Responder tecnicamente pelo Serviço de Enfermagem das Unidades de Atenção Primária à Saúde, planejando, coordenando, supervisionando e avaliando a assistência de enfermagem, assegurando o cumprimento da legislação profissional, das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das normas da Secretaria Municipal de Saúde e das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Am

Técnico em Saúde Bucal (TSB)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a atuação do Técnico em Saúde Bucal junto às equipes de Saúde Bucal e Estratégia Saúde da Família, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. O profissional realizará preparo dos usuários, organização e esterilização de instrumentais, apoio aos procedimentos odontológicos, controle de materiais, registros assistenciais e participação em ações educativas, campanhas preventivas, Programa Saúde na Escola (PSE) e atividades coletivas no território, contribuindo para a ampliação do acesso e a qualidade da assistência odontológica.

Apoio Diagnóstico

Técnico em Radiologia (Técnico de RX)

Garantirá a atuação do Técnico em Radiologia, responsável pela realização dos exames radiográficos no âmbito da Atenção Primária, assegurando o cumprimento das normas técnicas, de radioproteção e de segurança do paciente. O profissional realizará o preparo e orientação dos usuários, operação dos equipamentos conforme protocolos vigentes, controle da qualidade das imagens, registros dos procedimentos realizados, acompanhamento das condições dos equipamentos e atuação integrada à equipe multiprofissional, contribuindo para a qualidade diagnóstica e a segurança assistencial.

Assistência Farmacêutica

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a atuação da equipe de Assistência Farmacêutica, composta por Farmacêutico RT, Farmacêutico, Auxiliar de Farmácia e Técnico de Farmácia, assegurando a organização, qualidade e segurança dos serviços relacionados ao ciclo dos medicamentos na Atenção Primária à Saúde.

Farmacêutico Responsável Técnico (RT)

Responder tecnicamente pelos serviços farmacêuticos das Unidades de Atenção Primária à Saúde, planejando, coordenando, supervisionando e avaliando as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica, ao gerenciamento de medicamentos e insumos farmacêuticos, ao cuidado farmacêutico e ao cumprimento da legislação sanitária e profissional, assegurando o acesso, a qualidade, a segurança e o uso racional de medicamentos, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das normas da Secretaria Municipal de Saúde e das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Farmacêutico

O Farmacêutico será responsável pela coordenação das atividades da Assistência Farmacêutica, promovendo o acesso, o uso racional e seguro dos medicamentos disponibilizados pelo SUS. Atuará no gerenciamento de estoque, armazenamento, conservação, dispensação, orientação aos usuários, acompanhamento farmacoterapêutico, participação em protocolos assistenciais, ações educativas e monitoramento dos indicadores relacionados à assistência farmacêutica.

Auxiliar de Farmácia

O Auxiliar de Farmácia e o Técnico de Farmácia atuarão no suporte às atividades do serviço, realizando organização, conferência, armazenamento, controle de validade, separação e dispensação de medicamentos e insumos, manutenção dos registros nos sistemas informatizados e apoio aos processos de inventário e controle de estoque, sempre sob supervisão do Farmacêutico.

A atuação integrada da equipe garantirá o adequado funcionamento da farmácia das Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para a segurança dos usuários, a eficiência dos processos e a qualidade da assistência prestada.

Apoio Logístico

Motorista

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a execução das atividades de transporte institucional por meio do profissional Motorista, assegurando segurança, pontualidade e adequada conservação dos veículos utilizados nas ações de saúde.

O profissional será responsável pelo transporte de usuários, equipes, documentos, medicamentos, vacinas, materiais e demais insumos necessários ao funcionamento dos serviços, em conformidade com as normas de trânsito e os protocolos institucionais vigentes. Compete-lhe realizar inspeções periódicas dos veículos, comunicar necessidades de manutenção preventiva e corretiva, manter os registros de deslocamentos atualizados e garantir a adequada higienização dos veículos, especialmente aqueles destinados ao transporte de pacientes, contribuindo para a continuidade, segurança e qualidade da assistência prestada.

Manutenção

O Auxiliar de Manutenção é responsável por executar serviços de manutenção preventiva e corretiva de baixa complexidade nas instalações físicas das Unidades de Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a conservação da infraestrutura, a segurança dos ambientes e a continuidade das atividades assistenciais. Compete ao profissional realizar pequenos reparos nas áreas civil, elétrica, hidráulica e sanitária, acompanhar as condições das instalações prediais, apoiar a montagem e conservação de mobiliários e equipamentos não assistenciais, registrar as atividades executadas, comunicar necessidades de manutenção especializada e zelar pela adequada utilização de ferramentas, materiais e equipamentos de proteção individual, atuando em conformidade com as normas de segurança, as diretrizes institucionais e os procedimentos estabelecidos para a manutenção das unidades.

Auxiliar de Serviços Gerais

Execução das atividades de limpeza, conservação dos ambientes, organização dos espaços físicos e apoio às atividades operacionais necessárias ao adequado funcionamento do serviço.

Farmacêutico

Gerenciamento do estoque de medicamentos, controle de validade, dispensação de medicamentos, orientação às equipes quanto ao uso dos medicamentos e cumprimento das normas sanitárias aplicáveis ao serviço.

Auxiliar de Limpeza

Responsável pela execução dos serviços de limpeza, higienização, conservação e organização dos ambientes internos e externos das Unidades, realizando a limpeza concorrente e terminal, reposição de materiais de higiene, coleta e acondicionamento de resíduos conforme os protocolos institucionais, contribuindo para a manutenção de ambientes seguros, limpos e adequados ao atendimento dos usuários e ao desenvolvimento das atividades assistenciais e administrativas.

Facilities

Controlador de Acesso

Responsável pelo controle de entrada e saída de usuários, colaboradores, visitantes, fornecedores e prestadores de serviço, orientando a circulação nas dependências da Unidade, realizando os registros necessários, prestando informações institucionais e comunicando situações de risco ou irregularidades, contribuindo para a segurança, organização e funcionamento dos serviços.

Vigilante

Responsável pela vigilância patrimonial das Unidades, realizando rondas preventivas, controle de acessos, monitoramento das dependências e atuação preventiva na proteção de pessoas, instalações, equipamentos e patrimônio, observando as normas de segurança institucional, registrando ocorrências e acionando os órgãos competentes sempre que necessário.

lrm

Supervisor Operacional

Responsável por coordenar, supervisionar e acompanhar a execução dos serviços de facilities, incluindo limpeza, controle de acesso, vigilância e demais serviços de apoio, assegurando o cumprimento dos contratos, escalas de trabalho, procedimentos operacionais, padrões de qualidade e indicadores de desempenho. Compete acompanhar as equipes, orientar os colaboradores, realizar inspeções periódicas, apoiar a gestão das Unidades na resolução de ocorrências operacionais e promover ações de melhoria contínua, garantindo a adequada execução dos serviços e o atendimento às necessidades operacionais das Unidades.

6.1.9.4 Fluxos de Atendimento

Fluxos Assistenciais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará fluxos assistenciais organizados e integrados para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), garantindo uma assistência qualificada, humanizada e resolutiva, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS).

Os processos assistenciais serão estruturados considerando a UBS como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), responsável pelo acolhimento da população, identificação das necessidades de saúde, coordenação do cuidado, acompanhamento longitudinal dos usuários e articulação com os demais níveis de atenção.

A organização dos fluxos terá como princípios o acesso universal, a equidade, a integralidade da assistência, a territorialização, o vínculo com a população adscrita, a resolutividade das demandas e a continuidade do cuidado.

Fluxo de Acesso, Recepção e Acolhimento do Usuário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um fluxo de acesso, recepção e acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando atendimento humanizado, acesso universal, equidade, integralidade do cuidado e resolutividade da assistência. A organização do acesso será estruturada de forma a garantir que todos os usuários sejam recebidos, ouvidos e direcionados conforme suas necessidades de saúde, respeitando as especificidades individuais, sociais e epidemiológicas do território.

Conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A Lei Federal nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, estabelece como princípios fundamentais a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a igualdade da atenção à saúde, orientando a organização dos serviços e processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS).

A Atenção Primária, definida como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, deve desenvolver ações de acolhimento, escuta qualificada, vínculo e responsabilização pelo cuidado da população adscrita, promovendo o acesso oportuno e a coordenação da atenção prestada aos usuários.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o fluxo de entrada dos usuários nas UBS de forma integrada entre recepção, equipe assistencial e demais profissionais da

unidade, garantindo que o primeiro contato seja realizado com abordagem humanizada, respeitosa e resolutiva. A recepção terá papel fundamental no processo de acolhimento inicial, realizando a identificação do usuário, conferência dos dados cadastrais, atualização das informações no sistema de informação vigente e direcionamento adequado conforme a necessidade apresentada.

O acolhimento será compreendido como uma diretriz organizadora do processo de trabalho, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde, não se limitando a uma etapa administrativa ou procedimento de triagem, mas constituindo uma prática assistencial baseada na escuta ativa, vínculo, responsabilização e avaliação das necessidades de saúde dos usuários.

A equipe multiprofissional realizará a escuta qualificada, considerando a queixa apresentada, histórico de saúde, sinais e sintomas, condições clínicas, fatores de risco, vulnerabilidades sociais e necessidades individuais e coletivas. A partir dessa avaliação, será definida a prioridade assistencial e o encaminhamento adequado dentro da unidade, garantindo maior segurança ao usuário e melhor organização da demanda.

O fluxo assistencial de acesso, recepção e acolhimento contemplará:

- ✓ recepção e identificação do usuário, garantindo atendimento humanizado e organização do acesso à unidade;
- ✓ conferência e atualização dos dados cadastrais, assegurando a qualidade das informações registradas nos sistemas oficiais de saúde;
- ✓ acolhimento realizado por profissional capacitado, com escuta qualificada e avaliação inicial das necessidades apresentadas;
- ✓ identificação de situações de risco, vulnerabilidade, demandas prioritárias e necessidades específicas de acompanhamento;
- ✓ avaliação clínica inicial conforme protocolos assistenciais e competências profissionais;

- ✓ definição da modalidade de atendimento necessária, considerando atendimento imediato, consulta programada, procedimento assistencial, acompanhamento pela equipe de referência ou encaminhamento para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ registro das informações assistenciais em prontuário eletrônico e sistemas oficiais de informação, garantindo continuidade e rastreabilidade do cuidado.

A organização do fluxo permitirá o equilíbrio entre demanda espontânea e demanda programada, evitando barreiras de acesso e fortalecendo a capacidade resolutiva da Atenção Primária. As situações identificadas como prioritárias serão encaminhadas para atendimento oportuno, conforme avaliação da equipe, enquanto as demais necessidades serão organizadas por meio de agenda programada e acompanhamento longitudinal.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá ainda o monitoramento permanente do processo de acolhimento e acesso, por meio da avaliação de indicadores assistenciais, análise dos fluxos internos, acompanhamento da satisfação dos usuários e reuniões periódicas com as equipes, promovendo melhoria contínua dos processos de trabalho.

Dessa forma, o fluxo de acesso, recepção e acolhimento implantado nas UBS assegurará uma assistência organizada, humanizada e baseada em evidências, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde.

Fluxo de Atendimento Médico e de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Am



A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estruturará o fluxo de atendimento médico e de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma integrada, multiprofissional e orientada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo assistência clínica qualificada, continuidade do cuidado, acompanhamento longitudinal e coordenação da atenção prestada aos usuários do território.

A organização do processo assistencial será fundamentada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos princípios da integralidade da assistência, universalidade do acesso, equidade e regionalização da atenção, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/1990. A atuação das equipes médicas e de enfermagem estará alinhada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que define a Atenção Primária como nível de atenção responsável pelo cuidado integral, acompanhamento contínuo e coordenação das ações de saúde da população adscrita.

A assistência médica e de enfermagem será organizada de maneira articulada, considerando a necessidade de integração entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, com definição compartilhada de condutas terapêuticas, planejamento assistencial e acompanhamento sistemático dos usuários. O processo de trabalho será estruturado a partir da avaliação clínica individualizada, identificação dos riscos e necessidades de saúde, estabelecimento de planos de cuidado e monitoramento dos resultados assistenciais.

As consultas médicas e de enfermagem serão realizadas mediante demanda espontânea, atendimento programado e acompanhamento dos grupos prioritários definidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (eAP). Os atendimentos serão conduzidos considerando o histórico clínico, condições de saúde, fatores de risco, aspectos familiares, sociais e epidemiológicos, possibilitando uma abordagem integral e centrada nas necessidades do usuário.

Durante o atendimento, os profissionais realizarão avaliação clínica sistematizada, incluindo anamnese, exame físico, análise dos sinais e sintomas, identificação de agravos, avaliação de vulnerabilidades e definição das necessidades de intervenção. Quando necessário, será realizada estratificação de risco conforme protocolos assistenciais adotados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e diretrizes técnicas vigentes, permitindo priorização dos atendimentos e organização adequada da assistência.

O acompanhamento dos usuários contemplará tanto condições agudas quanto condições crônicas, com foco na prevenção de complicações, controle dos agravos e promoção da autonomia dos indivíduos. As equipes desenvolverão linhas de cuidado para acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, condições respiratórias crônicas, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e demais grupos prioritários.

O fluxo assistencial envolverá:

- ✓ realização de consultas médicas e de enfermagem conforme necessidade

assistencial identificada;

- ✓ avaliação clínica individualizada, considerando aspectos biológicos, sociais e epidemiológicos;
- ✓ identificação de sinais de alerta, fatores de risco e situações de vulnerabilidade;
- ✓ estratificação de risco e definição de prioridades assistenciais;
- ✓ acompanhamento de usuários com condições agudas e doenças crônicas;
- ✓ solicitação, acompanhamento e avaliação de exames complementares conforme protocolos clínicos e atribuições profissionais;
- ✓ elaboração de plano terapêutico e definição de condutas assistenciais;
- ✓ prescrição terapêutica conforme legislação profissional vigente, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidas;
- ✓ realização de procedimentos ambulatoriais conforme carteira de serviços da Atenção Primária;
- ✓ orientação aos usuários quanto ao autocuidado, prevenção de agravos e adesão ao tratamento;
- ✓ programação de retornos e acompanhamento contínuo pela equipe de referência;
- ✓ registro das informações no prontuário eletrônico e sistemas oficiais de informação.

A solicitação de exames complementares será realizada de acordo com a avaliação clínica e protocolos assistenciais estabelecidos, garantindo utilização racional dos recursos disponíveis e apoio adequado ao diagnóstico,

acompanhamento terapêutico e monitoramento da evolução clínica dos usuários.

A equipe de enfermagem desempenhará papel fundamental na organização do cuidado, realizando consultas de enfermagem, acompanhamento de usuários, atividades educativas, procedimentos assistenciais, monitoramento de condições clínicas e participação no planejamento das ações da equipe multiprofissional, conforme regulamentação profissional do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), incluindo a Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, que regulamentam o exercício profissional da enfermagem.

A atuação médica será desenvolvida conforme as competências previstas para a Atenção Primária, abrangendo promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, acompanhamento de condições clínicas, solicitação de exames, encaminhamentos quando necessários e coordenação do cuidado dos usuários vinculados ao território.

O acompanhamento longitudinal será garantido por meio da vinculação do usuário à equipe de referência, permitindo monitoramento contínuo da evolução clínica, revisão periódica do plano terapêutico, identificação precoce de alterações no estado de saúde e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o monitoramento permanente da qualidade assistencial por meio da análise dos indicadores de produção, acompanhamento das metas pactuadas, avaliação dos processos de trabalho e reuniões periódicas das equipes, promovendo educação permanente e aprimoramento contínuo das práticas assistenciais.

Dessa forma, o fluxo de atendimento médico e de enfermagem garantirá uma assistência organizada, segura, resolutiva e humanizada, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e assegurando aos usuários acompanhamento integral e contínuo dentro da Rede Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

Fluxo da Estratégia Saúde da Família (ESF)



A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de forma territorializada, integrada e orientada pelas necessidades de saúde da população adscrita, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado.

A atuação das equipes ESF será fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, vínculo, participação social, territorialização e responsabilização sanitária sobre a população acompanhada, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Federal nº 8.080/1990 e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017.

A Estratégia Saúde da Família constitui modelo prioritário de organização da Atenção Primária, tendo como finalidade desenvolver ações de promoção da

saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e acompanhamento contínuo dos indivíduos, famílias e comunidades, considerando as características epidemiológicas, sociais, culturais e ambientais do território.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá que as equipes ESF realizem o planejamento e execução das ações de saúde a partir do conhecimento aprofundado do território sob sua responsabilidade, promovendo a identificação das necessidades da população e o desenvolvimento de intervenções individuais, familiares e coletivas.

O processo de trabalho da ESF será iniciado pela territorialização, etapa essencial para reconhecimento da área de abrangência da equipe, identificação dos equipamentos sociais existentes, levantamento das características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, bem como identificação dos grupos prioritários, fatores de risco e situações de vulnerabilidade.

A territorialização permitirá a definição da população adscrita e subsidiará o planejamento das ações assistenciais, garantindo que a equipe desenvolva uma assistência baseada nas necessidades reais da comunidade e não apenas na demanda espontânea apresentada pelos usuários.

O fluxo assistencial da Estratégia Saúde da Família compreenderá:

- ✓ realização da territorialização e reconhecimento da área de abrangência da equipe;
- ✓ identificação da população adscrita e atualização permanente dos cadastros individuais e domiciliares;
- ✓ levantamento das condições sociais, epidemiológicas e sanitárias do território;
- ✓ elaboração do diagnóstico situacional de saúde da comunidade;
- ✓ identificação de grupos prioritários, fatores de risco e principais problemas de saúde locais;
- ✓ planejamento integrado das ações assistenciais, preventivas e

educativas;

- ✓ desenvolvimento de ações individuais, familiares e coletivas;
- ✓ realização de visitas domiciliares programadas conforme critérios clínicos, epidemiológicos e sociais;
- ✓ realização de busca ativa de usuários faltosos, pacientes com condições crônicas descompensadas, usuários vulneráveis e grupos prioritários;
- ✓ acompanhamento dos ciclos de vida, incluindo saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- ✓ monitoramento e acompanhamento das condições crônicas e agravos prioritários;
- ✓ desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde;
- ✓ coordenação do cuidado e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

As visitas domiciliares serão planejadas pela equipe multiprofissional, considerando critérios de vulnerabilidade, necessidade clínica, dificuldade de acesso à unidade e acompanhamento de usuários que necessitem de atenção diferenciada. Durante as visitas, serão realizadas avaliações das condições de saúde, orientações, intervenções assistenciais e identificação de necessidades que demandem acompanhamento pela equipe ou encaminhamento para outros serviços.

A busca ativa será utilizada como estratégia de vigilância e cuidado contínuo, permitindo a identificação de usuários que não comparecem aos acompanhamentos programados, pessoas com baixa adesão aos tratamentos, crianças com vacinação incompleta, gestantes sem acompanhamento adequado, pacientes portadores de doenças crônicas e demais situações prioritárias.

O acompanhamento dos ciclos de vida será desenvolvido de forma integral, considerando as necessidades específicas de cada grupo populacional, com ações voltadas à saúde materno-infantil, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de agravos, promoção do envelhecimento saudável e atenção às condições crônicas.

No acompanhamento das doenças crônicas, as equipes ESF realizarão estratificação de risco, acompanhamento clínico periódico, orientação para autocuidado, monitoramento da adesão terapêutica, prevenção de complicações e articulação com serviços especializados quando necessário, garantindo a continuidade da assistência.

A coordenação do cuidado será realizada pela equipe de referência do território, responsável pelo acompanhamento do usuário ao longo da sua trajetória na Rede de Atenção à Saúde, promovendo integração entre os diferentes níveis assistenciais, referência e contrarreferência e compartilhamento de informações clínicas.

A atuação da ESF será fortalecida por meio do trabalho multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipes de saúde bucal e demais profissionais da rede, promovendo práticas colaborativas e ampliando a capacidade resolutiva da Atenção Primária.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o monitoramento contínuo das ações desenvolvidas pelas equipes ESF por meio do acompanhamento dos indicadores assistenciais, análise da produção registrada nos sistemas oficiais de informação, reuniões periódicas de equipe, avaliação dos resultados e implementação de ações de melhoria contínua.

Dessa forma, o fluxo da Estratégia Saúde da Família garantirá um modelo de atenção baseado no vínculo, na responsabilidade sanitária, na promoção da saúde e na integralidade do cuidado, fortalecendo a APS como principal estratégia para melhoria da qualidade de vida da população e redução dos agravos no território.

Fluxo das Equipes de Atenção Primária (eAP)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o processo de trabalho das Equipes de Atenção Primária (eAP) de forma integrada, resolutive e orientada pelas necessidades de saúde da população vinculada às Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantindo acesso oportuno, atenção integral e continuidade do cuidado, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017.

As Equipes de Atenção Primária atuarão como porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde, desenvolvendo ações individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação, considerando as características epidemiológicas, sociais e sanitárias do território de abrangência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá que o processo assistencial das eAP seja estruturado a partir do acolhimento, da escuta qualificada, da avaliação das necessidades de saúde e da organização do cuidado conforme a demanda apresentada, promovendo atendimento humanizado, equânime e resolutive.

O fluxo assistencial das Equipes de Atenção Primária compreenderá:

- ✓ acolhimento e atendimento das demandas espontâneas, garantindo avaliação adequada das necessidades apresentadas pelos usuários e definição da conduta assistencial conforme prioridade clínica;
- ✓ atendimento programado conforme planejamento da equipe, contemplando acompanhamento de usuários, grupos prioritários e necessidades identificadas no território;
- ✓ realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo atividades educativas, orientações individuais e coletivas e estímulo ao autocuidado;
- ✓ acompanhamento dos usuários com condições agudas e crônicas, com

realização de avaliação clínica, definição terapêutica, monitoramento da evolução e prevenção de complicações;

- ✓ realização de consultas médicas e de enfermagem, procedimentos assistenciais e demais ações previstas na carteira de serviços da Atenção Primária;
- ✓ identificação das necessidades de encaminhamento para outros níveis de atenção, conforme critérios clínicos, protocolos assistenciais e fluxos regulatórios estabelecidos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- ✓ articulação com os demais pontos da rede municipal, garantindo integração com serviços especializados, atenção hospitalar, urgência e emergência, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico;
- ✓ acompanhamento dos usuários após atendimentos especializados, por meio da contrarreferência e continuidade do cuidado no território.

O atendimento à demanda espontânea será organizado de forma a garantir acesso aos usuários que apresentem necessidades imediatas, sem comprometer o acompanhamento programado da população. A equipe realizará avaliação inicial, identificação de situações de risco e definição do encaminhamento adequado, podendo incluir atendimento na própria unidade, programação de consulta, realização de procedimentos ou encaminhamento para serviços de maior complexidade quando necessário.

No atendimento programado, as eAP desenvolverão ações planejadas conforme as necessidades identificadas, promovendo o acompanhamento longitudinal dos usuários e fortalecendo a relação entre equipe e comunidade. O planejamento assistencial considerará fatores clínicos, sociais, epidemiológicos e familiares, garantindo cuidado individualizado e integral.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças serão desenvolvidas de forma contínua, envolvendo educação em saúde, orientação

para hábitos saudáveis, prevenção de agravos, acompanhamento de fatores de risco e participação em ações coletivas no território.

No acompanhamento das condições agudas e crônicas, as equipes realizarão avaliação sistemática dos usuários, monitoramento da evolução clínica, orientação quanto ao tratamento, identificação precoce de sinais de agravamento e adoção de medidas preventivas, reduzindo riscos e evitando complicações.

Quando identificada a necessidade de atendimento em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, a equipe realizará encaminhamento responsável, utilizando os fluxos municipais de regulação e garantindo que as informações clínicas necessárias acompanhem o usuário. Após o atendimento especializado, a equipe da Atenção Primária realizará o seguimento do caso, incorporando as orientações recebidas ao plano de cuidado.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá o monitoramento contínuo das ações desenvolvidas pelas eAP por meio do acompanhamento dos indicadores assistenciais, registros nos sistemas oficiais de informação, avaliação da produção, reuniões de equipe e implementação de estratégias de melhoria dos processos de trabalho.

Dessa forma, o fluxo das Equipes de Atenção Primária garantirá uma assistência organizada, acessível e resolutiva, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e assegurando a integralidade da assistência aos usuários vinculados às Unidades Básicas de Saúde.

Fluxo das Equipes de Saúde Bucal (ESB)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a organização e operacionalização das Equipes de Saúde Bucal (ESB) de forma integrada às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando a incorporação das ações de saúde bucal ao cuidado integral dos usuários, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Saúde Bucal.

A assistência odontológica será desenvolvida com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo dos usuários, considerando as características epidemiológicas e sociais do território, as necessidades identificadas pela equipe e os grupos prioritários acompanhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS).

A atuação das Equipes de Saúde Bucal será organizada de forma multiprofissional e integrada ao processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e demais equipes da APS, fortalecendo o vínculo com a comunidade, a integralidade do cuidado e a coordenação da atenção em saúde bucal.

O fluxo assistencial odontológico compreenderá:

- ✓ acolhimento dos usuários e avaliação inicial das necessidades odontológicas, garantindo escuta qualificada, identificação das demandas apresentadas e direcionamento adequado do cuidado;
- ✓ avaliação clínica odontológica individualizada, considerando condições de saúde bucal, histórico do usuário, fatores de risco, necessidades terapêuticas e contexto social;
- ✓ classificação das demandas conforme prioridade assistencial, considerando critérios clínicos como dor, infecção, comprometimento funcional, risco de agravamento e necessidade de intervenção imediata;
- ✓ atendimento clínico individual, contemplando diagnóstico, planejamento terapêutico, execução dos procedimentos indicados e acompanhamento da evolução do tratamento;
- ✓ desenvolvimento de ações preventivas e educativas, incluindo orientações de higiene oral, alimentação saudável, prevenção das doenças bucais e incentivo ao autocuidado;
- ✓ realização de procedimentos restauradores para recuperação da saúde

bucal, preservação dos elementos dentários e melhoria da qualidade de vida dos usuários;

- ✓ execução de procedimentos periodontais e cirúrgicos de baixa complexidade, conforme avaliação profissional e capacidade resolutive da unidade;
- ✓ atendimento às urgências odontológicas, com manejo das situações agudas, controle da dor, tratamento inicial e encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessário;
- ✓ realização de ações coletivas de promoção da saúde bucal no território, integradas às demais ações da APS;
- ✓ participação nas atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvendo ações educativas, preventivas e de acompanhamento da saúde bucal dos escolares;
- ✓ encaminhamento dos usuários para os serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde Bucal quando identificada necessidade que ultrapasse a capacidade de resolução da Atenção Primária.

O acolhimento odontológico será estruturado como uma estratégia de ampliação do acesso, permitindo que os usuários sejam avaliados conforme suas necessidades e direcionados para atendimento imediato, acompanhamento programado ou encaminhamento especializado, garantindo equidade e organização da demanda.

As ações assistenciais serão desenvolvidas pelo cirurgião-dentista em conjunto com os profissionais auxiliares da equipe, incluindo Técnico em Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), conforme suas competências profissionais regulamentadas pela Lei Federal nº 11.889/2008, garantindo

segurança técnica, organização do processo de trabalho e qualidade da assistência prestada.

As atividades coletivas serão planejadas a partir do diagnóstico das necessidades do território, contemplando ações de educação em saúde, prevenção de agravos, promoção de hábitos saudáveis e fortalecimento da participação comunitária, em articulação com escolas, equipamentos sociais e demais setores do município.

Quando houver necessidade de atenção especializada, a equipe realizará encaminhamento responsável conforme os fluxos regulatórios da Rede de Atenção à Saúde, garantindo referência adequada, compartilhamento das informações clínicas necessárias e posterior acompanhamento do usuário pela equipe da Atenção Primária por meio da contrarreferência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o acompanhamento permanente das ações desenvolvidas pelas ESB, por meio do monitoramento dos registros assistenciais, indicadores de saúde bucal, produção odontológica, avaliação das necessidades do território e reuniões periódicas de equipe, visando ao aprimoramento contínuo dos processos de trabalho.

Dessa forma, o fluxo das Equipes de Saúde Bucal assegurará uma assistência odontológica integral, humanizada, preventiva e resolutiva, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e garantindo à população acesso qualificado às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Fluxo da Assistência Farmacêutica

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a organização e operacionalização da Assistência Farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assegurando o acesso, a qualidade, a segurança e o uso racional dos medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os princípios da integralidade da assistência, equidade e continuidade do cuidado.

A Assistência Farmacêutica constitui uma área estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo um conjunto de ações voltadas à promoção do acesso aos medicamentos essenciais, sua adequada gestão, dispensação segura, acompanhamento da utilização pelos usuários e integração com as demais ações assistenciais desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais.

A organização do fluxo será fundamentada na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, instituída pela Resolução CNS nº 338/2004, na Política Nacional de Medicamentos, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998, e nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, garantindo que a assistência farmacêutica esteja integrada ao processo de cuidado e às necessidades da população do território.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que os processos relacionados à Assistência Farmacêutica sejam realizados conforme as normas sanitárias vigentes, boas práticas de armazenamento, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

O fluxo assistencial da Assistência Farmacêutica compreenderá:

- recebimento e validação da prescrição, com conferência dos dados do usuário, medicamento prescrito, dose, posologia, via de administração, validade da receita e conformidade com os protocolos assistenciais vigentes;
- avaliação da dispensação conforme a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), protocolos clínicos e critérios estabelecidos pelo SUS, garantindo o fornecimento adequado e seguro dos medicamentos;
- separação, conferência e entrega dos medicamentos ao usuário, assegurando a correta identificação do produto, quantidade,

lcm

apresentação e orientações necessárias para utilização;

- orientação farmacêutica aos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, horários, conservação, possíveis cuidados durante o tratamento, importância da adesão terapêutica e prevenção de riscos relacionados ao uso inadequado;
- acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários quando indicado, especialmente aqueles com doenças crônicas, uso contínuo de medicamentos, polifarmácia ou situações que demandem maior monitoramento;
- identificação de possíveis problemas relacionados aos medicamentos, incluindo riscos de interações medicamentosas, reações adversas, dificuldades de adesão e necessidade de avaliação pela equipe assistencial;
- registro das dispensações realizadas nos sistemas informatizados oficiais, garantindo rastreabilidade, controle das informações e monitoramento da utilização dos medicamentos;
- controle de estoque, incluindo recebimento, armazenamento, organização, inventário, controle de validade, identificação de perdas e manutenção das condições adequadas de conservação;
- garantia das boas práticas de armazenamento, considerando controle de temperatura, organização dos medicamentos, segurança dos insumos e cumprimento das normas sanitárias vigentes.

O processo de dispensação será realizado de forma humanizada e qualificada, garantindo que o usuário receba não apenas o medicamento, mas

também informações essenciais para seu uso seguro e efetivo. A equipe da Assistência Farmacêutica atuará integrada aos demais profissionais da UBS, contribuindo para o acompanhamento clínico, adesão aos tratamentos e melhoria dos resultados em saúde.

O Farmacêutico desempenhará papel fundamental na coordenação técnica das atividades relacionadas aos medicamentos, realizando ações de educação em saúde, acompanhamento farmacoterapêutico, apoio matricial às equipes, participação na construção de protocolos assistenciais e monitoramento dos indicadores relacionados à Assistência Farmacêutica, conforme regulamentação profissional vigente.

A integração da Assistência Farmacêutica com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e demais profissionais da unidade permitirá a identificação das necessidades dos usuários, o acompanhamento das condições crônicas, a promoção do uso racional de medicamentos e a qualificação do cuidado prestado.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o monitoramento contínuo dos processos da Assistência Farmacêutica por meio da avaliação dos registros de dispensação, indicadores de consumo, controle de estoque, acompanhamento das perdas, análise das demandas do território e reuniões periódicas com as equipes, promovendo ações de melhoria contínua.

Dessa forma, o fluxo da Assistência Farmacêutica garantirá uma gestão eficiente dos medicamentos, assegurando acesso qualificado, dispensação segura e cuidado integral aos usuários, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde e contribuindo para a efetividade das ações de saúde desenvolvidas no território.

Fluxo de Imunização

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a organização e operacionalização do serviço de imunização nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrado às ações da Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando o acesso da população às vacinas, a manutenção

das coberturas vacinais e o acompanhamento sistemático da situação imunológica dos usuários do território.

A imunização constitui uma das principais estratégias de prevenção e controle de doenças transmissíveis, sendo uma ação prioritária da Atenção Primária, desenvolvida de forma contínua, organizada e integrada às equipes multiprofissionais. As ações serão realizadas conforme as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído pela Lei Federal nº 6.259/1975 e regulamentado pelo Decreto nº 78.231/1976, observando as normas técnicas, calendários vacinais, recomendações e orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que a sala de vacinação funcione em conformidade com as normas de biossegurança, conservação dos imunobiológicos, controle de temperatura, organização dos insumos e segurança do usuário, seguindo as orientações do Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde e demais regulamentações sanitárias vigentes.

O fluxo de imunização será estruturado de forma integrada ao processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (eAP), Vigilância em Saúde e demais setores da Rede Municipal de Saúde, promovendo busca ativa, atualização vacinal e ampliação da cobertura da população adscrita.

O fluxo assistencial da imunização compreenderá:

- ✓ acolhimento e identificação do usuário na sala de vacinação, garantindo atendimento humanizado, seguro e organizado;
- ✓ avaliação da situação vacinal individual, considerando idade, histórico vacinal, condições clínicas, grupos prioritários e situações epidemiológicas específicas;
- ✓ conferência da caderneta de vacinação ou registros disponíveis nos sistemas oficiais, identificando doses pendentes, esquemas incompletos

lcm

ou necessidade de atualização vacinal;

- ✓ administração dos imunobiológicos conforme o Calendário Nacional de Vacinação, normas técnicas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e protocolos vigentes;
- ✓ realização da triagem pré-vacinação, verificando possíveis contraindicações, precauções e condições específicas que possam interferir na administração dos imunobiológicos;
- ✓ registro das doses aplicadas nos sistemas oficiais de informação, garantindo rastreabilidade, acompanhamento da cobertura vacinal e qualidade dos dados epidemiológicos;
- ✓ orientação aos usuários e familiares quanto às vacinas administradas, possíveis reações esperadas, cuidados após a vacinação e importância da conclusão dos esquemas vacinais;
- ✓ programação e agendamento das doses subsequentes quando necessário, garantindo continuidade do esquema vacinal;
- ✓ realização de busca ativa de usuários com vacinação atrasada ou incompleta, especialmente crianças, gestantes, idosos, pessoas com doenças crônicas e demais grupos prioritários;
- ✓ monitoramento, registro e encaminhamento dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV), conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e fluxos da Vigilância Epidemiológica.

A equipe responsável pela imunização realizará o controle rigoroso dos imunobiológicos, contemplando recebimento, armazenamento, conservação, controle de temperatura dos equipamentos de refrigeração, organização dos

lotes, validade dos produtos e registro das movimentações, garantindo a manutenção da qualidade e eficácia das vacinas disponibilizadas à população.

A integração entre a sala de vacinação e as equipes da APS permitirá a identificação dos usuários com esquemas vacinais incompletos durante consultas, visitas domiciliares, atendimentos de enfermagem, ações coletivas e demais atividades desenvolvidas no território, fortalecendo a estratégia de busca ativa e prevenção de doenças imunopreveníveis.

As equipes realizarão ações educativas junto à comunidade, esclarecendo dúvidas, combatendo informações inadequadas sobre vacinação e estimulando a adesão da população às estratégias de imunização, especialmente durante campanhas nacionais e situações epidemiológicas específicas.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o monitoramento contínuo das ações de imunização por meio da avaliação dos indicadores de cobertura vacinal, acompanhamento dos registros nos sistemas oficiais, análise dos grupos com baixa adesão, identificação de barreiras de acesso e planejamento de estratégias para melhoria dos resultados. Dessa forma, o fluxo de imunização garantirá uma assistência segura, organizada e qualificada, contribuindo para a proteção individual e coletiva da população, prevenção de doenças imunopreveníveis e fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde no âmbito da Atenção Primária.

Fluxo dos Procedimentos de Enfermagem

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a organização e execução dos procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma segura, padronizada e integrada ao processo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando qualidade técnica, humanização do atendimento e continuidade do cuidado aos usuários do território.

As ações de enfermagem serão desenvolvidas conforme protocolos assistenciais, normas técnicas vigentes, evidências científicas e atribuições profissionais regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),

contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação da saúde e acompanhamento longitudinal dos usuários.

A assistência de enfermagem será organizada a partir do acolhimento, avaliação das necessidades apresentadas, planejamento do cuidado e execução de procedimentos conforme indicação clínica, garantindo segurança do paciente, controle de riscos e adequada articulação com os demais profissionais da equipe multiprofissional.

O processo de trabalho da equipe de enfermagem estará fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e na organização do cuidado, conforme regulamentação profissional vigente, incluindo a Lei Federal nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, o Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a referida lei, e as normativas do COFEN relacionadas à prática assistencial.

O fluxo dos procedimentos de enfermagem compreenderá:

- ✓ acolhimento e avaliação inicial do usuário, com identificação da necessidade assistencial e definição da conduta adequada;
- ✓ aferição de sinais vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de oxigênio e demais parâmetros necessários à avaliação clínica;
- ✓ administração de medicamentos conforme prescrição profissional, protocolos institucionais e normas de segurança, garantindo conferência, identificação correta do paciente, medicamento, dose, via e horário;
- ✓ realização de curativos simples e complexos conforme avaliação da lesão, utilizando técnicas adequadas de prevenção de infecção e promoção da cicatrização;
- ✓ coleta de materiais biológicos para exames laboratoriais, seguindo normas de biossegurança, identificação correta das amostras,

lrm

acondicionamento e encaminhamento adequado;

- ✓ realização de testes rápidos conforme protocolos do Ministério da Saúde, incluindo orientações ao usuário, registro dos resultados e encaminhamentos necessários;
- ✓ realização de nebulização e outros procedimentos respiratórios conforme avaliação clínica e indicação assistencial;
- ✓ acompanhamento de usuários em tratamento, incluindo monitoramento da evolução clínica, orientações, adesão terapêutica e identificação precoce de sinais de agravamento;
- ✓ execução dos demais procedimentos previstos na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde e protocolos municipais vigentes.

A equipe de enfermagem atuará integrada aos demais profissionais da UBS, participando do planejamento assistencial, acompanhamento de grupos prioritários, ações educativas, visitas domiciliares, atividades coletivas e estratégias de promoção da saúde.

Os procedimentos serão realizados observando rigorosamente as normas de biossegurança, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPIs), organização do ambiente assistencial e manutenção da segurança dos usuários e profissionais.

A documentação das ações realizadas será registrada no prontuário eletrônico e nos sistemas oficiais de informação adotados pelo município, garantindo rastreabilidade dos atendimentos, continuidade do cuidado, monitoramento da produção assistencial e avaliação dos indicadores de saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a educação permanente das equipes de enfermagem, com atualização dos profissionais quanto aos protocolos clínicos, boas práticas

assistenciais, segurança do paciente e aprimoramento contínuo dos processos de trabalho.

Dessa forma, o fluxo dos procedimentos de enfermagem garantirá uma assistência qualificada, segura e resolutiva, fortalecendo o papel da enfermagem na Atenção Primária à Saúde e contribuindo para a integralidade do cuidado prestado à população.

Fluxo das Ações Coletivas de Promoção da Saúde e Educação em Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá o desenvolvimento de ações coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando as necessidades identificadas no território, o perfil epidemiológico da população adscrita e as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS).

As ações coletivas serão planejadas e executadas de forma integrada pelas equipes multiprofissionais, utilizando como base o diagnóstico situacional do território, os indicadores de saúde, as demandas identificadas durante os atendimentos individuais, visitas domiciliares, ações de vigilância em saúde e participação comunitária.

A atuação estará fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na integralidade da assistência, promoção da saúde, participação social e equidade, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Federal nº 8.080/1990 e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017.

As ações educativas serão desenvolvidas com abordagem participativa, valorizando o conhecimento da comunidade, estimulando o protagonismo dos usuários e fortalecendo a autonomia para o autocuidado e a adoção de hábitos de vida saudáveis. As atividades serão organizadas considerando aspectos culturais, sociais e ambientais do território, garantindo maior efetividade das estratégias de promoção da saúde.

O fluxo das ações coletivas compreenderá:

- ✓ identificação das necessidades de saúde da população por meio do

- diagnóstico territorial, levantamento epidemiológico, acompanhamento dos usuários e análise dos indicadores assistenciais;
- ✓ planejamento integrado das ações pelas equipes da APS, considerando prioridades sanitárias, grupos vulneráveis e demandas identificadas no território;
 - ✓ desenvolvimento de atividades educativas individuais e coletivas, abordando temas relacionados à prevenção de doenças, promoção da saúde, alimentação adequada, atividade física, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de agravos e qualidade de vida;
 - ✓ implantação e acompanhamento de grupos terapêuticos e educativos voltados aos usuários com necessidades específicas, como pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade, doenças crônicas, gestantes, idosos e demais grupos prioritários;
 - ✓ realização de ações do Programa Saúde na Escola (PSE), em articulação com a rede de educação, promovendo a integração entre saúde e escola por meio de atividades de prevenção, educação em saúde, avaliação das condições de saúde e desenvolvimento de práticas de promoção da qualidade de vida dos estudantes;
 - ✓ participação em campanhas nacionais, estaduais e municipais de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo ações de vacinação, prevenção de agravos, combate às doenças transmissíveis e incentivo ao acompanhamento regular na APS;
 - ✓ realização de atividades comunitárias em espaços do território, como escolas, associações, equipamentos sociais e demais locais de

convivência, ampliando o alcance das ações de saúde;

- ✓ desenvolvimento de ações voltadas ao incentivo ao autocuidado, fortalecimento da autonomia dos usuários e adoção de práticas saudáveis para melhoria das condições de saúde.

As atividades coletivas serão articuladas com as ações individuais desenvolvidas pelas equipes, permitindo a identificação de usuários que necessitem de acompanhamento específico, encaminhamento para atendimento clínico ou inclusão em linhas de cuidado prioritárias.

A equipe multiprofissional atuará de forma integrada, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal e demais trabalhadores da rede, promovendo práticas colaborativas e ampliando a capacidade de intervenção no território.

As ações realizadas serão registradas nos sistemas oficiais de informação, prontuários eletrônicos e instrumentos institucionais adotados pelo município, permitindo o acompanhamento da produção, avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores de saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá avaliação periódica das ações coletivas desenvolvidas, considerando a participação da comunidade, alcance das atividades, impacto nas condições de saúde da população e necessidade de readequação das estratégias implantadas.

Dessa forma, o fluxo das ações coletivas fortalecerá a Atenção Primária como espaço de promoção da saúde, prevenção de agravos e construção compartilhada do cuidado, ampliando a participação comunitária e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Fluxo de Visitas Domiciliares, Referência e Contrarreferência, Sistemas de Informação e Monitoramento Assistencial

Fluxo de Visitas Domiciliares

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a organização e execução das visitas domiciliares no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia fundamental para ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade e continuidade do cuidado aos usuários do território.

As visitas domiciliares serão planejadas e realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e demais profissionais da rede conforme critérios clínicos, epidemiológicos e sociais, considerando as necessidades identificadas no processo de territorialização, acompanhamento dos usuários, ações de vigilância em saúde e planejamento das equipes.

A visita domiciliar constitui uma ferramenta assistencial que possibilita conhecer as condições de vida e saúde dos indivíduos e famílias, identificar fatores de risco, avaliar vulnerabilidades, promover orientações, realizar intervenções e fortalecer a corresponsabilização entre equipe, usuário e comunidade.

O fluxo das visitas domiciliares compreenderá:

- ✓ identificação da necessidade de visita domiciliar a partir de critérios assistenciais, solicitações dos usuários, avaliação da equipe, acompanhamento de grupos prioritários e informações provenientes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ✓ planejamento da visita pela equipe responsável, considerando prioridades clínicas, vulnerabilidades sociais, disponibilidade dos profissionais e objetivos assistenciais definidos;
- ✓ realização do atendimento domiciliar, com avaliação das condições de saúde do usuário, orientações, procedimentos assistenciais quando indicados e identificação das necessidades individuais e familiares;
- ✓ registro das informações no prontuário eletrônico e sistemas oficiais de

informação, garantindo continuidade, rastreabilidade e acompanhamento do cuidado;

- ✓ avaliação das necessidades identificadas durante a visita, incluindo aspectos clínicos, sociais, ambientais e familiares;
- ✓ definição de condutas assistenciais, atualização do plano de cuidado, encaminhamentos necessários e programação de acompanhamento posterior.

As visitas domiciliares serão priorizadas para usuários com dificuldade de acesso à unidade, pessoas acamadas ou com mobilidade reduzida, idosos em situação de fragilidade, gestantes, puérperas, crianças em acompanhamento, usuários com doenças crônicas descompensadas, pessoas em situação de vulnerabilidade e demais grupos definidos conforme planejamento territorial.

A atuação domiciliar será desenvolvida de forma multiprofissional, promovendo a integralidade do cuidado e a articulação entre os diferentes profissionais da equipe, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como modelo de acompanhamento contínuo da população adscrita.

Fluxo de Referência e Contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuem como coordenadoras do cuidado e ordenadoras da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a articulação entre os diferentes pontos assistenciais e a continuidade do acompanhamento dos usuários.

O processo de referência e contrarreferência será organizado de acordo com os princípios da integralidade e da continuidade da assistência previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que o usuário tenha acesso aos serviços necessários conforme sua necessidade clínica, sem perda do vínculo com a equipe de referência da Atenção Primária.

lcm

Os encaminhamentos serão realizados de forma responsável, considerando avaliação clínica, protocolos assistenciais e fluxos regulatórios definidos pela gestão municipal.

O fluxo compreenderá:

- ✓ avaliação clínica e identificação da necessidade de atendimento em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ definição da indicação assistencial conforme critérios técnicos e protocolos vigentes;
- ✓ utilização dos fluxos municipais de regulação para acesso aos serviços especializados;
- ✓ encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade quando necessário;
- ✓ compartilhamento das informações clínicas essenciais para continuidade da assistência;
- ✓ acompanhamento do usuário pela equipe da APS durante o percurso assistencial;
- ✓ recebimento da contrarreferência dos serviços especializados, incorporando as orientações ao plano de cuidado;
- ✓ continuidade do acompanhamento pela equipe de referência da UBS.

A equipe da Atenção Primária permanecerá responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário, mesmo após encaminhamento para outros níveis de atenção, garantindo integração das informações, adesão ao tratamento e continuidade das ações de cuidado.

Fluxo dos Sistemas de Informação e Monitoramento Assistencial

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá o registro sistemático das ações assistenciais realizadas pelas equipes

das UBS, ESF, eAP e ESB nos sistemas oficiais de informação adotados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando qualidade dos dados, rastreabilidade dos atendimentos e subsídio para o planejamento das ações.

O registro adequado das informações assistenciais constitui ferramenta estratégica para avaliação da produção, acompanhamento dos indicadores de saúde, organização dos processos de trabalho e tomada de decisão baseada em evidências.

As equipes serão orientadas quanto à importância do preenchimento correto e oportuno dos registros assistenciais, garantindo confiabilidade das informações produzidas.

O fluxo compreenderá:

- ✓ registro dos atendimentos e procedimentos realizados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS APS);
- ✓ alimentação dos sistemas oficiais de informação em saúde conforme protocolos vigentes;
- ✓ registro das ações individuais, coletivas, domiciliares e territoriais desenvolvidas pelas equipes;
- ✓ acompanhamento da produção assistencial e cumprimento das metas pactuadas;
- ✓ análise periódica dos indicadores de saúde e desempenho das equipes;
- ✓ elaboração de relatórios gerenciais para acompanhamento da gestão;
- ✓ utilização das informações para planejamento, reorganização dos processos de trabalho e implementação de melhorias assistenciais.

A análise dos dados permitirá identificar necessidades do território, avaliar resultados alcançados, acompanhar tendências epidemiológicas e direcionar estratégias para qualificação permanente da assistência.

Fluxo de Monitoramento, Avaliação e Continuidade do Cuidado

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o acompanhamento permanente dos processos assistenciais desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, garantindo avaliação sistemática dos resultados, aprimoramento das práticas e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.

O monitoramento será realizado por meio da análise dos indicadores assistenciais, acompanhamento das metas estabelecidas, avaliação dos processos de trabalho das equipes e identificação de oportunidades de melhoria. O processo de monitoramento compreenderá:

- ✓ avaliação periódica dos usuários acompanhados pelas equipes;
- ✓ atualização dos planos de cuidado conforme evolução clínica e necessidades identificadas;
- ✓ acompanhamento sistemático dos usuários prioritários e grupos de risco;
- ✓ análise dos indicadores assistenciais e epidemiológicos;
- ✓ avaliação dos resultados alcançados pelas equipes;
- ✓ realização de reuniões de monitoramento e discussão dos processos de trabalho;
- ✓ implantação de ações corretivas e estratégias de melhoria contínua.

A continuidade do cuidado será assegurada por meio da vinculação do usuário à equipe de referência, acompanhamento longitudinal, integração entre os profissionais e articulação com os demais serviços da Rede Municipal de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá educação permanente, qualificação dos profissionais e revisão contínua dos fluxos assistenciais, visando garantir uma assistência baseada em boas práticas, segurança do paciente e resolutividade.

Dessa forma, os fluxos assistenciais implantados assegurarão uma Atenção Primária organizada, integrada e resolutiva, fortalecendo as Unidades

Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde e garantindo cuidado contínuo, humanizado e centrado nas necessidades da população.

6.1.9.5 Protocolos Assistenciais

A Os **Protocolos Assistenciais** que integram este Manual constituem instrumentos técnicos de apoio à prática clínica e à organização dos processos assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde, com a finalidade de promover a padronização das condutas, a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Em razão da natureza dinâmica das evidências científicas, das atualizações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), das normas do Ministério da Saúde, das recomendações das sociedades científicas e das necessidades assistenciais identificadas durante a execução contratual, os protocolos específicos encontram-se disponibilizados no **Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS** deste Manual.

Os anexos poderão ser **atualizados, complementados ou substituídos sempre que houver necessidade técnica ou normativa**, sem prejuízo da estrutura principal deste documento, garantindo a adoção das melhores práticas assistenciais e o alinhamento às políticas públicas vigentes.

Após a assinatura do contrato, os Protocolos Assistenciais serão submetidos a processo de **revisão técnica periódica**, podendo sofrer adequações decorrentes de alterações na legislação, atualização das evidências científicas, publicação de novos protocolos ministeriais, incorporação de tecnologias em saúde, revisão dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde ou necessidades identificadas pela Comissão Técnica e pela gestão contratante.

As revisões serão formalmente registradas por meio de controle de versão, assegurando a rastreabilidade das alterações, a divulgação às equipes assistenciais e a manutenção da conformidade com os princípios da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua da assistência.

6.1.9.6 Processos de Trabalho

Os processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde serão estruturados de forma integrada, sistematizada e orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e das metas pactuadas no Contrato de Gestão. A organização das atividades terá como eixo a assistência centrada no usuário, a integralidade do cuidado, a coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a equidade, a longitudinalidade do acompanhamento, a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Os processos de trabalho serão organizados por meio da padronização das rotinas assistenciais, administrativas, operacionais e de apoio, utilizando protocolos clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), linhas de cuidado, fluxos assistenciais e normas institucionais, garantindo uniformidade das condutas, integração entre as equipes multiprofissionais, racionalização dos processos e organização eficiente da assistência prestada à população.

A organização do trabalho terá início com a territorialização e o reconhecimento da área de abrangência das equipes, identificação da população adscrita, cadastramento e atualização permanente dos cadastros individuais e domiciliares, levantamento das condições sociais, epidemiológicas e sanitárias do território, elaboração do diagnóstico situacional de saúde, estratificação de riscos e identificação dos grupos prioritários, subsidiando o planejamento das ações assistenciais, preventivas e de promoção da saúde conforme o perfil epidemiológico de cada território.

O acesso aos serviços será organizado por meio do acolhimento com escuta qualificada, classificação das necessidades apresentadas pelos usuários, atendimento da demanda espontânea e programada, consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, assistência farmacêutica, procedimentos assistenciais, vacinação, visitas domiciliares, ações coletivas, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, educação em saúde, vigilância em saúde e acompanhamento longitudinal das condições agudas e

crônicas, assegurando atendimento oportuno, humanizado, resolutivo e contínuo.

O processo assistencial contemplará o acompanhamento integral dos diferentes ciclos de vida, incluindo saúde da criança, adolescente, mulher, homem, adulto e idoso, bem como a organização das linhas de cuidado voltadas às condições crônicas, saúde mental, saúde bucal, imunização, doenças transmissíveis, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de agravos, acompanhamento domiciliar e demais programas estratégicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

As Equipes de Saúde da Família desenvolverão suas atividades de forma integrada com as equipes de Saúde Bucal, equipes Multiprofissionais (eMulti), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e demais serviços da Rede Municipal de Saúde, promovendo o planejamento compartilhado das ações, discussão de casos, construção de projetos terapêuticos, acompanhamento dos usuários e articulação permanente com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, garantindo referência, contrarreferência e continuidade do cuidado.

Os processos de trabalho compreenderão ainda a realização de visitas domiciliares programadas, busca ativa de usuários faltosos, acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade, monitoramento dos pacientes com condições crônicas, acompanhamento dos grupos prioritários, realização de ações extramuros e desenvolvimento de atividades coletivas no território, fortalecendo o vínculo entre as equipes e a comunidade e ampliando o acesso aos serviços de saúde.

Todos os atendimentos e procedimentos serão registrados em prontuário eletrônico e nos sistemas oficiais de informação adotados pela Secretaria Municipal de Saúde, garantindo rastreabilidade das ações, confiabilidade dos registros, produção de informações qualificadas, acompanhamento dos indicadores assistenciais e epidemiológicos, monitoramento da produção e suporte à tomada de decisão pelos gestores e equipes.

Os processos de trabalho serão acompanhados continuamente mediante monitoramento dos indicadores assistenciais, operacionais e de desempenho, análise dos fluxos assistenciais, avaliação das metas quantitativas e qualitativas,

reuniões periódicas das equipes, discussão técnica dos resultados, auditorias internas e utilização de instrumentos de avaliação da qualidade, permitindo a identificação de oportunidades de melhoria, reorganização dos processos e aperfeiçoamento contínuo da assistência prestada.

Como estratégia permanente de qualificação, serão desenvolvidas ações de educação permanente em saúde, atualização dos protocolos assistenciais, revisão periódica dos fluxos de trabalho, capacitação das equipes, disseminação de boas práticas assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, promovendo maior resolutividade, eficiência operacional e qualidade dos serviços ofertados.

Os processos de trabalho também contemplarão a utilização de mecanismos de monitoramento e avaliação contínua, com análise dos indicadores assistenciais, epidemiológicos, operacionais e de satisfação dos usuários, subsidiando a elaboração de planos de ação, atualização dos protocolos, aperfeiçoamento dos fluxos assistenciais e fortalecimento da gestão baseada em evidências.

Dessa forma, os processos de trabalho serão desenvolvidos de maneira integrada, padronizada e orientada por resultados, assegurando assistência humanizada, segura, eficiente e resolutiva, em conformidade com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, com as disposições do Termo de Referência, do Contrato de Gestão e dos princípios que norteiam a Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada à população.

6.1.9.7 Integração com a Rede Municipal de Saúde

A A integração com a Rede Municipal de Saúde será desenvolvida de forma contínua, articulada e sistematizada, assegurando a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

O processo de integração será fundamentado na comunicação permanente entre as Unidades Básicas de Saúde e os demais serviços da rede municipal, garantindo o acesso oportuno dos usuários aos diferentes níveis de atenção, mediante fluxos assistenciais padronizados, protocolos clínicos, critérios técnicos de encaminhamento e mecanismos efetivos de referência e contrarreferência.

As equipes da Atenção Primária atuarão de forma articulada com os serviços especializados, Centro de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de urgência e emergência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), assistência farmacêutica, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, Vigilância em Saúde, Rede de Atenção Materno-Infantil, Rede de Atenção às Condições Crônicas e demais pontos de atenção existentes no município, promovendo a continuidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal dos usuários.

Os encaminhamentos serão realizados conforme protocolos assistenciais, critérios clínicos e fluxos regulatórios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, com registro em prontuário eletrônico e nos sistemas oficiais de informação, assegurando rastreabilidade, monitoramento da assistência e compartilhamento das informações necessárias para a continuidade do cuidado.

Após a realização de atendimentos em serviços especializados ou hospitalares, as equipes das Unidades Básicas de Saúde realizarão o acompanhamento dos usuários por meio da análise das informações de contrarreferência, reavaliação clínica, atualização do Projeto Terapêutico Singular quando indicado, monitoramento das condições de saúde e coordenação das ações assistenciais desenvolvidas no território.

A integração com a Rede Municipal também contemplará a realização de reuniões técnicas, matriciamento, discussão compartilhada de casos, construção de planos terapêuticos interdisciplinares, educação permanente e fortalecimento da comunicação entre os diferentes serviços, favorecendo maior

resolutividade, redução da fragmentação da assistência e utilização racional dos recursos disponíveis.

O monitoramento da integração será realizado por meio de indicadores assistenciais e operacionais, incluindo tempo de resposta aos encaminhamentos, efetividade da contrarreferência, acompanhamento dos usuários regulados, resolutividade da Atenção Primária, satisfação dos usuários e avaliação periódica dos fluxos assistenciais, subsidiando a implementação de ações de melhoria contínua.

Dessa forma, a integração com a Rede Municipal de Saúde fortalecerá a coordenação do cuidado pela Atenção Primária, assegurando assistência integral, humanizada, resolutiva e baseada em evidências, promovendo maior eficiência dos serviços, qualificação dos processos assistenciais e cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão e no Termo de Referência.

6.1.9.8 Serviços de Apoio Operacional e Administrativo

I. Limpeza, processamento (esterilização) de artigos e instrumentais médicos hospitalares

Consiste na contratação de empresa especializada para prestação de serviços de limpeza hospitalar, com fornecimento de mão de obra, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários à obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene, sob inteira responsabilidade da contratada em locais determinados da Unidade.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA (EMPRESA DE LIMPEZA HOSPITALAR) A Contratada além do fornecimento de mão de obra, dos saneantes domissanitários, materiais, e equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes no Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão de obra alocada para prestação dos serviços

- ✓ Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- ✓ Selecionar e preparar tecnicamente os funcionários que irão prestar os serviços, encaminhando os funcionários com os níveis de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- ✓ Capacitar o seu pessoal quanto ao uso racional da água, colaborando com medidas de redução de consumo e evitar o desperdício de água tratada;
- ✓ Manter todos os funcionários inclusive os da administração devidamente uniformizados. É obrigatório a identificação através de crachás no ato do início do trabalho, com fotografia recente e provendo-os dos equipamentos de proteção individual EPI's. Não será autorizada a permanência de funcionários sem identificação funcional, identificado como crachá;
- ✓ Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;
- ✓ Fornecer todos os equipamentos de segurança, materiais de higiene aos seus empregados no exercício de suas funções, bem como os equipamentos para os operadores de balancim;
- ✓ Realizar treinamento admissional. As reciclagens deverão ser realizadas a cada três meses, ou mais vezes se necessário, para os empregados que realizarão os trabalhos nas áreas Hospitalares, emitindo previamente a Contratante cronograma anual, com o conteúdo programático que será acompanhado pela Contratante. Após o término enviar relatório de conclusão, com a avaliação final, cópia da lista de presença e com horas de treinamento;
- ✓ Manter sediado junto à Contratante durante os turnos de trabalho, quadro de funcionários capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
- ✓ Apresentar cópias dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMS e de Prevenção dos Riscos Ambientais – PPRA, de acordo com as normas regulamentadoras nº 07 e 09, respectivamente;
- ✓ Dar treinamento específico para os funcionários que exercerão as funções de coleta de resíduos, bem como designar equipes nos 3 (três) turnos de trabalho;
- ✓ Somente após a realização do treinamento técnico de limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático efetuado pelo responsável técnico do licitante vencedor, é que poderão ser aplicados os exercício de fixação

alusivos ao treinamento. O conteúdo do treinamento deverá conter, no mínimo, os fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPI's, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executada, princípios básicos de limpeza, manejo dos resíduos etc;

- ✓ Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus funcionários, das normas disciplinares determinadas pelo Contratante;
- ✓ O enfermeiro do quadro de funcionário da contratada deverá ter amplos conhecimentos de infecção hospitalar, noções de higiene e limpeza e conhecimentos administrativos referentes aos serviços de limpeza e higiene hospitalar;
- ✓ Manter quadro com enfermeiro com dedicação exclusiva para seleção e treinamento e com participação efetiva no processo de educação continuada;
- ✓ Exercer efetivo controle sobre a assiduidade e a pontualidade de seus funcionários;
- ✓ Fazer seguro de seus funcionários contra riscos de acidentes de trabalho, responsabilizando-se, também, pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do contrato conforme exigência legal;
- ✓ Manter disciplina nos locais dos serviços, retirando no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, qualquer funcionário considerado com conduta.

Quanto à execução dos serviços

- ✓ Implantar, de forma adequada, e em conjunto com o gestor do contrato (Serviço de Higiene e Limpeza) e a CCIH, a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, de maneira que a operacionalização dos serviços não interfira na ordem dos locais atendidos;
- ✓ Prestar os serviços com técnicas dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidas, fornecendo todos os insumos inerentes à prestação de serviços, materiais e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequada para cada Unidade da área da Saúde;
- ✓ Os funcionários operacionais deverão proceder à limpeza da mobília nas unidades de internação, após alta, óbito e transferência do cliente. Nas salas de cirurgia, antes da primeira e após cada cirurgia com produtos já determinados, utilizando-se de materiais e recipientes diferenciados por cores;

- ✓ Dar ciência imediata e por escrito à Contratante sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
- ✓ Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações sobre seus serviços, sanando-as ao menor tempo possível;
- ✓ Apresentar relatório mensal de atividades desenvolvidas, ao responsável designado pela contratante de cada Unidade, contendo: dados do treinamento, treinamento, reciclagem, material de consumo que é fornecido pela Contratante, apresentando oportunamente o modelo dos controles e quando solicitado apresentar relatório de demissão e admissão dos funcionários;
- ✓ Responsabilizar-se, por eventuais paralisações, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus a Contratante, para que não haja interrupções nos serviços;
- ✓ Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu abastecimento.

Quanto aos produtos utilizados

Observar conduta adequada na utilização dos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

A Contratada deverá apresentar manual de técnicas e procedimentos para avaliação da Contratante;

Apresentar à Contratante cópia de toda a documentação da composição química dos produtos a serem utilizados. Registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), registro no Diário Oficial, e ficha técnica. No caso das soluções desinfetantes, os laudos de eficácia antimicrobiana, realizados em laboratórios credenciados pela ANVISA. Os produtos somente serão autorizados para uso após análise e autorização da Comissão de Infecção Hospitalar, e demais responsáveis técnicos da Contratante;

Todos os produtos que serão utilizados na execução dos serviços deverão ser de pronto uso. Caso contrário, o licitante deverá instalar uma central de diluição dos produtos, mantendo por escrito todas as rotinas de diluição, armazenamento. A diluição de hipoclorito de sódio é proibida;

Seguir os ditames legais da Lei Federal 6.360 de 13 setembro de 1976 e qualquer legislação pertinente, quanto as determinações de diluição dos insumos, quantidade dentre outros.

Quanto aos equipamentos e utensílios utilizados

- ✓ Identificar todos os equipamentos, materiais, e utensílios de sua propriedade; com número de patrimônio da contratada, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da Contratante;
- ✓ Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, devidamente limpos e higienizados, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos à rede elétrica;
- ✓ Todos os carrinhos de limpeza deverão ter sistema duplo balde, bem como as cabeleiras de mopp deverão ter cores diferenciadas;
- ✓ Todos os materiais como: rodos, vassouras, escovas lavatinas, deverão ter cabos em alumínio e nada em madeira;
- ✓ Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade contratante e demais exigências legais nos termos da Resolução conjunta SS/SMA/SJDC nº1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde;

O acondicionamento, coleta I, coleta II dos resíduos das Unidades onde serão executados os serviços, deverão ser realizados de acordo com as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e (NBR) 9191, 7500, 12.810 e todas as legislações pertinentes de âmbito federal, estadual e municipal;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 2/3 de sua capacidade;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para cada resíduo, fechado com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emenda na estrutura;

Fiscalização E Controle

Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente e por prepostos designados, podendo para isso:

- ✓ Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de funcionário da Contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
- ✓ Cabe ao Serviço de Contratos / DS examinar as Carteiras Profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional; recolhimento previdenciário e folha de pagamento.
- ✓ Solicitar à Contratada a substituição de qualquer saneante domissanitário, material ou equipamento cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;
- ✓ Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, em conformidade com os critérios estabelecidos no Anexo do Contrato – Avaliação da Qualidade da Limpeza, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

Avaliação da Qualidade da Higiene e Limpeza

Introdução

Este procedimento está vinculado aos contratos de prestação de serviços de limpeza hospitalar e integra as especificações técnicas como obrigação da Contratada e responsabilidade de fiscalização da Contratante. A avaliação deverá ser realizada periodicamente, gerando relatórios mensais que servirão como base para eventuais ajustes nos valores faturados, de acordo com a pontuação obtida.

Objetivo

Padronizar a avaliação de desempenho e qualidade da Contratada na execução dos serviços de higiene e limpeza, assegurando conformidade com as normas sanitárias e operacionais vigentes.

Regras Gerais

A avaliação será realizada pela análise dos seguintes módulos:

- ✓ Equipamentos, produtos e técnica de limpeza;
- ✓ Pessoal;
- ✓ Frequência de execução;
- ✓ Inspeção dos serviços nas áreas hospitalares.

CrITÉRIOS de Avaliação

A avaliação será registrada em formulário próprio, atribuindo-se conceitos convertidos em pontuação:

- ✓ Muito Bom (3 pontos): Conformidade total dos critérios (ausência de poeira e sujidade; vidros e superfícies limpas; dispensadores abastecidos; recipientes de resíduos limpos, com sacos adequados e até 2/3 da capacidade; funcionário treinado, uniformizado e com EPI; uso de materiais padronizados; carrinho de limpeza limpo e organizado; adequação da sala de resíduos).
- ✓ Bom (2 pontos): Conformidade parcial dos critérios, com ocorrência isolada de falhas (poeira em local sem risco; lixeira fora do padrão; reabastecimento pontual não realizado).
- ✓ Regular (1 ponto): Desconformidade parcial dos critérios (poeira em diversos locais; múltiplas lixeiras fora do padrão; falhas recorrentes de reabastecimento; quebra de técnica de limpeza; saídas de ar-condicionado e móveis sujos; piso sujo ou molhado).
- ✓ Péssimo (0 ponto): Desconformidade total dos critérios (presença de sangue ou fluidos em superfícies; poeira em salas de procedimento; quebra de técnica; ausência ou uso incorreto de materiais, equipamentos e EPIs; recipientes de resíduos inadequados; sanitários e vestiários sujos; ausência de funcionário sem justificativa; piso sujo e escorregadio com risco de acidentes; não cumprimento do cronograma de limpeza sem comunicação prévia).

Emissão de Boletim Mensal

- ✓ As colaboradoras do Serviço de Higiene e Limpeza deverão preencher

diariamente o formulário de vistoria, registrando todas as observações.

- ✓ Queixas técnicas ou operacionais feitas pelo cliente devem ser relatadas ao setor de Higiene e Limpeza (ATD), para análise conjunta com a empresa contratada e definição de estratégias corretivas imediatas.

Acompanhamento da Distribuição de Materiais de Higiene

O Supervisor de Higiene e Limpeza será responsável por acompanhar a distribuição e controle dos materiais de higiene, em articulação com o Almoxarifado. Mediante cota previamente estabelecida, deverão ser solicitadas entregas programadas de insumos, que incluem:

- ✓ Papel higiênico;
- ✓ Papel toalha;
- ✓ Sabonetes e antissépticos;
- ✓ Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos;
- ✓ Coletores para perfurocortantes;
- ✓ Dispensadores, toalheiros e suportes de papel.

Os materiais deverão ser estocados no depósito próprio, localizado no 4º andar do hospital, e distribuídos para os encarregados da empresa de limpeza conforme cotas definidas para cada área.

Estratégias de Controle:

- ✓ Monitoramento de queixas de usuários sobre falta, qualidade ou uso inadequado dos insumos;
- ✓ Visitas periódicas ao depósito para verificação de estoque e previsão de entrega;
- ✓ Registro de eventuais entregas não programadas;
- ✓ Parceria com usuários e colaboradores para assegurar o uso adequado dos materiais;
- ✓ Substituição de materiais em falta, seguindo critérios de qualidade e indicação;
- ✓ Realização de testes de novos insumos para cadastramento de fornecedores.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

A limpeza hospitalar consiste na remoção de sujidades e odores em superfícies inanimadas, utilizando meios mecânicos, físicos ou químicos, visando reduzir a carga microbiana e promover segurança, bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes.

Classificação das Áreas Hospitalares:

- ✓ Áreas Críticas (CR): Demandam maior controle microbiológico devido ao risco de transmissão de infecções. Exemplos: centro cirúrgico, UTI, diálise, banco de sangue, enfermarias de alto risco, lactário, CME, laboratórios e banheiros de pacientes.
- ✓ Áreas Semicríticas (SC): Com menor risco de infecção, abrigam pacientes com doenças de baixa transmissibilidade. Exemplos: ambulatórios, unidades de internação, centro de radiodiagnóstico e salas de espera.
- ✓ Áreas Não Críticas (NC): Apresentam risco mínimo de infecção. Exemplos: refeitório, hotelaria, áreas de conforto e banheiros de funcionários.
- ✓ Áreas Administrativas: Destinadas a atividades de gestão. Exemplos: almoxarifado, depósitos, corredores, rampas, galpões, oficinas e subestações.
- ✓ Áreas Externas (AE): Espaços externos das edificações. Exemplos: calçadas, estacionamentos, guaritas e pátios.

Tipos de Limpeza:

- ✓ Limpeza Úmida: Realizada com pano, esponja ou mopp umedecidos em solução detergente ou desinfetante, seguida de enxágue. Indicada para pisos, paredes, mobiliário e equipamentos.
- ✓ Limpeza Molhada: Envolve esfregação e enxágue com água abundante, indicada principalmente em limpezas terminais. Recomenda-se o uso de máquinas automáticas em áreas sem ralos.
- ✓ Limpeza Seca: Feita por varredura em áreas externas ou aspiração em ambientes internos. Em pisos acarpetados, deve ser realizada diariamente por aspiração e periodicamente com higienização molhada.
- ✓ Desinfecção: Processo complementar à limpeza, aplicado em superfícies inertes, para eliminação de micro-organismos na forma vegetativa. Pode ser realizada separadamente ou em conjunto com produtos que associem limpeza e desinfecção.

Figura 1. Fluxo de Limpeza Hospitalar

FLUXO DE LIMPEZA HOSPITALAR



PROTOCOLO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

Finalidade e Objetivos

O serviço de limpeza hospitalar tem como objetivo garantir, por meio de empresa especializada, a obtenção e manutenção das adequadas condições de salubridade e higiene em todas as áreas, promovendo segurança, bem-estar e conforto a pacientes, colaboradores e visitantes, nos parâmetros das normas sanitárias, técnicas e trabalhistas vigentes.

Organização e Contratação

- Contratação de empresa especializada, responsável integral pela execução dos serviços, fornecimento de mão de obra qualificada, saneantes domissanitários, materiais, equipamentos, ferramentas, utensílios e EPIs.
- Obrigação de apresentar todas as documentações exigidas (PCMSO, PPRA, registros na ANVISA, laudos de eficácia, ficha técnica dos produtos), treinamento do pessoal, controle de vacinação, uniformização e identificação funcional.
- Equipe dimensionada para todos os turnos, respeitando a escala e perfil técnico compatível (inclusive enfermeiro com conhecimentos em infecção hospitalar).

Gestão da Mão de Obra e Treinamento

- Seleção, capacitação e treinamento contínuo (admissional e reciclagem trimestral) dos funcionários, com relatório de conclusão, lista de presença e horas de treinamento.
- Treinamento específico para coleta de resíduos e limpeza hospitalar, incluindo fundamentos de higiene, infecção hospitalar, uso correto de EPIs, normas de conduta, rotina de trabalho, princípios básicos de limpeza, comportamento, postura e rotinas de manejo de resíduos.
- Controle de assiduidade e pontualidade, seguro contra acidentes de trabalho, controle de conduta disciplinar e substituição imediata de funcionários não conformes.
- Participação do enfermeiro no processo de educação continuada e acompanhamento técnico dos processos.

Execução dos Serviços de Limpeza

- Planejamento, execução e supervisão permanente dos serviços, em conjunto com gestor do contrato e CCIH, sem interferir no funcionamento dos setores.
- Limpeza de áreas conforme classificação (críticas, semicríticas, não críticas, administrativas e externas), seguindo cronograma estabelecido e técnicas apropriadas para cada ambiente.
- Limpeza de mobiliário após altas, óbitos ou transferências; limpeza terminal e concorrente em salas de cirurgia e unidades críticas; produtos, recipientes e equipamentos diferenciados por cores conforme rotina.
- Execução conforme técnicas, frequência e procedimentos previstos em manual próprio de limpeza, com avaliação e aprovação do responsável técnico da contratante.

Materiais, Produtos e Equipamentos

- Utilização apenas de produtos autorizados, devidamente registrados na ANVISA, com documentação e laudo de eficácia.
- Implementação de manual de técnicas e procedimentos para avaliação e fiscalização.
- Equipamentos e utensílios identificados por patrimônio, limpos, higienizados e em boas condições de uso; substituição periódica de materiais danificados.
- Carrinhos duplos com cores diferenciadas, cabos metálicos em todos os utensílios, proibição de uso de madeira.
- Sistema de diluição dos produtos controlado e documentado, com restrição ao uso de hipoclorito de sódio diluído.

Coleta, Acondicionamento e Destino de Resíduos

- Coleta e manejo dos resíduos conforme Plano de Gerenciamento da Unidade, legislação vigente (ABNT, NBR), com registro e segregação por tipo e classe.
- Troca de sacos plásticos, utilização de recipientes apropriados fechados, transporte seguro e higiene dos equipamentos.
- Cumprimento rigoroso das normas de biossegurança e destinação final adequada, com controle, rastreabilidade e relatórios periódicos.

Fiscalização e Controle

- Fiscalização rigorosa da execução dos serviços pela contratante, podendo substituir funcionários, rejeitar produtos, exigir a retirada de funcionários e realizar vistorias a qualquer tempo.
- Controle dos documentos de pessoal, verificação de registros trabalhistas, controle de insumos e acompanhamento mensal da qualidade e execução dos serviços (boletim de avaliação).
- Avaliação periódica, registro em formulário próprio e apuração de pontuação conforme critérios técnicos (equipamentos, técnica, pessoal, frequência, inspeção).

Avaliação de Qualidade e Relatórios

- Inspeção diária, vistoria técnica, registro de queixas, elaboração de relatórios mensais de atividades (treinamento, reciclagem, consumo, admissões/demissões, reclamações e providências).
- Avaliação por módulos (equipamentos, técnica, pessoal, áreas) com pontuação, ajustando valores faturados conforme desempenho.

Controle e Distribuição de Materiais de Higiene

- Supervisão direta do abastecimento de materiais básicos: papel higiênico, papel toalha, sabonetes, antissépticos, sacos plásticos, recipientes de resíduos e coletores, com entregas programadas e controle rigoroso de estoque.
- Visitas periódicas ao depósito, testes e registro de fornecedores, monitoramento constante do uso adequado dos insumos.

Tipos e Periodicidade da Limpeza

- Limpeza úmida, molhada, seca e desinfecção realizadas conforme rotina aprovada, frequência determinada para cada ambiente e revisão periódica dos métodos.
- Prioridade para redução de carga microbiana, controle de infecções, segurança assistencial e conforto ambiental.

O protocolo poderá sofrer alterações mediante a avaliação da gestão e de comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

II. Aquisição de Medicamentos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará e executará o processo de aquisição de medicamentos como atividade estratégica de apoio operacional e administrativo, articulada ao planejamento assistencial das Unidades, de forma a garantir abastecimento regular, continuidade da assistência, segurança do paciente, racionalidade no uso dos recursos e conformidade com as normas legais, sanitárias e contratuais aplicáveis.

O processo será estruturado em fluxo padronizado, com definição de responsabilidades, prazos operacionais, mecanismos de rastreabilidade, monitoramento e controle, contemplando planejamento, aquisição, armazenamento, controle de estoque, distribuição e reposição de medicamentos e demais insumos necessários à execução dos serviços.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento de compras com base no perfil epidemiológico da população atendida, na carteira de serviços das Unidades, nas metas assistenciais pactuadas, no histórico de consumo, na sazonalidade da demanda, na padronização terapêutica adotada, nos protocolos clínicos e nas necessidades de segurança de estoque, com o objetivo de evitar rupturas de abastecimento e assegurar disponibilidade oportuna dos itens essenciais.

Adotará parâmetros técnicos de programação, níveis mínimos e máximos de estoque, ponto de ressuprimento, classificação de criticidade dos itens, curva de consumo e análise periódica de giro, promovendo aquisição compatível com as necessidades reais do serviço e com o princípio da utilização racional dos recursos disponíveis.

O fluxo de aquisição abrangerá a consolidação das requisições das Unidades, análise técnica das demandas, validação quantitativa e qualitativa dos itens solicitados, verificação de saldo contratual e orçamentário, abertura dos processos de compra, pesquisa e comparação de preços, qualificação documental dos fornecedores, emissão dos instrumentos formais de

contratação, acompanhamento do prazo de entrega, recebimento, conferência e liberação dos produtos para armazenamento e distribuição.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará critérios técnicos e administrativos para seleção e contratação de fornecedores, priorizando regularidade fiscal e sanitária, capacidade logística, conformidade dos produtos ofertados, histórico de desempenho, prazo de entrega, rastreabilidade dos lotes, atendimento às especificações técnicas e compatibilidade entre preço, qualidade e segurança. Também manterá mecanismos de avaliação periódica dos fornecedores, com registro de ocorrências relacionadas a atraso, entrega parcial, divergência de itens, não conformidade de embalagem, validade insuficiente, avarias, desvios de qualidade e reincidências operacionais, utilizando essas informações para qualificação contínua do processo de suprimentos.

No recebimento dos medicamentos, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará conferência administrativa, quantitativa e qualitativa, contemplando verificação de nota fiscal, ordem de compra, integridade da embalagem, nomenclatura, concentração, forma farmacêutica, lote, validade, temperatura de transporte quando aplicável e conformidade com as especificações pactuadas. Os itens recebidos somente serão liberados para entrada em estoque após registro em sistema, conferência documental e validação das condições de aceitação, sendo as inconformidades formalmente registradas, segregadas e tratadas segundo fluxo próprio de devolução, substituição ou apuração junto ao fornecedor.

A etapa de armazenamento será organizada de forma a preservar estabilidade, integridade, identificação, rastreabilidade e segurança dos medicamentos, com observância às exigências de conservação, segregação por classe terapêutica e natureza do produto, controle de temperatura e umidade quando necessário, prevenção de perdas e monitoramento de validade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controle sistemático sobre itens termolábeis, sujeitos a controle especial, de alto custo, de uso crítico e de maior impacto assistencial, com

registros permanentes das movimentações e critérios diferenciados de supervisão, segurança e reposição.

A distribuição dos medicamentos às unidades e setores assistenciais ocorrerá com base em programação regular e requisições formalizadas, respeitando perfil de consumo, saldo disponível, prioridade clínica, protocolos assistenciais e parâmetros de estoque definidos institucionalmente.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de dispensação interna e abastecimento que permitirão rastrear origem, lote, destino, quantidade, data de movimentação, responsável pela liberação e unidade requisitante, fortalecendo o controle interno, a segurança do processo e a transparência da execução contratual.

Com vistas à prevenção de desabastecimento, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá rotina permanente de monitoramento de consumo, cobertura de estoque, comportamento de demanda, itens críticos, validade próxima do vencimento e desempenho do tempo de reposição dos fornecedores.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para eventos de ruptura de fornecimento, elevação abrupta de consumo, indisponibilidade de mercado ou intercorrências logísticas, com priorização de itens essenciais, remanejamento interno tecnicamente justificado, revisão emergencial da programação de compras e comunicação tempestiva aos gestores responsáveis, preservando a continuidade da assistência.

O processo de aquisição de medicamentos será integrado aos sistemas de informação oficiais e às ferramentas de gestão adotadas nas unidades, permitindo registro, acompanhamento, consolidação de dados, emissão de relatórios gerenciais e apoio à tomada de decisão, em alinhamento com a diretriz editalícia de utilização de sistemas integrados de informação e de mecanismos de controle e rastreabilidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo utilizará essas informações para análise de consumo, monitoramento de desempenho, prevenção de perdas, detecção de inconsistências, controle de

inventário e produção de evidências para auditoria, faturamento, prestação de contas e avaliação quadrimestral do contrato.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá responsabilidades entre as áreas requisitantes, coordenação assistencial, farmácia, suprimentos, almoxarifado, financeiro, controle interno e gestão da unidade, assegurando segregação de funções, conferência em etapas críticas, validação formal das movimentações e supervisão contínua dos resultados. Também implantará rotinas de auditoria e monitoramento com foco em conformidade documental, acurácia de estoque, tempo médio de reposição, índice de atendimento das requisições, índice de ruptura, perdas por vencimento, não conformidades no recebimento e aderência à padronização institucional de medicamentos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com identificação específica das despesas relacionadas a medicamentos e insumos, bem como a respectiva memória de cálculo, critérios de estimativa e justificativas técnicas. Os custos serão discriminados por rubrica orçamentária, com descrição e valor de cada item, e inclui expressamente a rubrica “2. Medicamentos/Insumos”, com subitem “2.1. Medicamentos”, além da obrigação de apresentação de planilha aberta com memória de cálculo e justificativas utilizadas para composição dos valores.

A execução desse serviço observará os princípios da fidedignidade contábil, transparência, rastreabilidade, economicidade e pertinência com o objeto contratual, vedada a adoção de critérios genéricos ou artificiais de lançamento de despesas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo identificará de forma clara e específica os gastos vinculados à aquisição de medicamentos, demonstrará sua vinculação com a execução assistencial e manterá documentação comprobatória hábil para auditoria, monitoramento contratual e prestação de contas.

III. Aquisição de Materiais Médico Hospitalares e Odontológicos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o processo de aquisição de materiais médicos hospitalares e odontológicos como atividade essencial de apoio operacional e administrativo, indispensável à continuidade, segurança, qualidade e eficiência dos serviços assistenciais contratados.

Esse processo será estruturado em fluxo padronizado, integrado às áreas assistenciais, administrativas, de almoxarifado e de gestão, contemplando planejamento, programação, aquisição, recebimento, conferência, armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição, monitoramento de consumo e prevenção de desabastecimento, em conformidade com a exigência editalícia de descrição da logística de suprimentos e da organização e funcionamento dos serviços de apoio.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das aquisições com base no perfil de atendimento das unidades, na produção assistencial estimada, nas metas contratuais, no histórico de consumo, na criticidade dos procedimentos executados, na padronização institucional de materiais e nas necessidades específicas dos setores médico-hospitalares e odontológicos. Para assegurar suficiência operacional e racionalidade no uso dos recursos, a instituição adotará parâmetros técnicos de programação, níveis mínimos e máximos de estoque, ponto de reposição, classificação de criticidade, curva de consumo, avaliação de giro e análise de sazonalidade, prevenindo faltas, excessos, perdas e aquisições incompatíveis com a real demanda assistencial.

O fluxo de aquisição abrangerá a consolidação das requisições oriundas dos setores assistenciais e de apoio, análise técnica das especificações dos materiais, validação quantitativa e qualitativa das demandas, verificação de disponibilidade orçamentária, instrução dos processos de compra, pesquisa de preços, seleção e qualificação de fornecedores, formalização da contratação, acompanhamento dos prazos de entrega e fiscalização do cumprimento das

condições pactuadas. Esse fluxo observará rotinas administrativas formais e integradas à gerência de almoxarifado e patrimônio, conforme o edital exige ao determinar a descrição dos processos de recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventário, movimentação, rastreabilidade, monitoramento, auditoria e prestação de contas dos materiais, insumos, medicamentos, equipamentos e bens patrimoniais das Unidades de Saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá especificações técnicas padronizadas para os materiais médicos hospitalares e odontológicos, considerando requisitos de qualidade, segurança, funcionalidade, compatibilidade com os procedimentos realizados, conformidade regulatória e adequação ao perfil assistencial da rede. A instituição adotará critérios técnicos e administrativos para seleção de fornecedores, priorizando regularidade fiscal e sanitária, qualificação técnica, capacidade de entrega, conformidade dos produtos ofertados, rastreabilidade, histórico de desempenho, suporte operacional e compatibilidade entre preço, qualidade e segurança, de modo a assegurar economicidade sem comprometimento da assistência.

No recebimento dos materiais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará conferência administrativa, quantitativa e qualitativa, verificando nota fiscal, ordem de compra, especificação técnica, marca, lote quando aplicável, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de transporte e conformidade do item entregue com o material contratado. Os produtos somente serão incorporados ao estoque após validação formal de recebimento e registro nos sistemas de controle, sendo as inconformidades segregadas, notificadas e tratadas por fluxo específico, com registro de ocorrência, devolução, substituição ou apuração de responsabilidade junto ao fornecedor, conforme a natureza do desvio identificado

A etapa de armazenamento será organizada de modo a garantir conservação adequada, integridade física, identificação correta, segurança, rastreabilidade e pronta disponibilidade dos materiais para uso assistencial. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá rotinas de acondicionamento compatíveis com as características dos materiais médico-hospitalares e odontológicos, com segregação por grupo, finalidade,

criticidade, validade, rotatividade e requisitos específicos de conservação, promovendo controle permanente sobre itens estéreis, descartáveis, de uso invasivo, de maior sensibilidade técnica, de alto custo ou de maior impacto sobre a continuidade da assistência.

A distribuição dos materiais às unidades e setores ocorrerá mediante requisições padronizadas, programação de abastecimento e critérios de prioridade definidos conforme perfil de consumo, produção assistencial, risco de descontinuidade e criticidade clínica. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de rastreabilidade que permitirão identificar item, quantidade, lote quando aplicável, data de movimentação, setor de destino, responsável pela liberação e unidade solicitante, fortalecendo a segurança do processo, a transparência da execução contratual e a capacidade de resposta em situações de não conformidade, recolhimento ou investigação interna.

Com o objetivo de prevenir desabastecimento, desperdício e perdas operacionais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento contínuo do consumo, cobertura de estoque, comportamento de demanda, itens críticos, validade, índice de perdas, tempo médio de reposição e desempenho dos fornecedores. A instituição adotará plano de contingência para situações de ruptura, atraso de entrega, aumento inesperado da demanda, indisponibilidade de mercado ou intercorrências logísticas, com remanejamento interno tecnicamente controlado, revisão emergencial da programação de compras, priorização de materiais essenciais e acionamento tempestivo dos fluxos administrativos necessários à preservação da continuidade assistencial.

O processo de aquisição de materiais médicos hospitalares e odontológicos será integrado aos sistemas de informação utilizados na gestão da unidade, permitindo registro, acompanhamento, consolidação de dados, emissão de relatórios gerenciais, auditoria de movimentações, acompanhamento de consumo e apoio à tomada de decisão. Em consonância com o edital, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo utilizará mecanismos de controle e rastreabilidade para monitorar

entradas, saídas, saldo, inventário, divergências, perdas, consumo por setor, frequência de reposição e aderência às rotinas institucionais, fortalecendo a gestão baseada em evidências e a prestação de contas do contrato.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades entre as áreas requisitantes, coordenações assistenciais, suprimentos, almoxarifado, financeiro, controle interno e gestão da unidade, com segregação de funções, validação técnica das demandas, conferência em etapas críticas e supervisão contínua dos resultados. Também implantará rotinas de auditoria interna e monitoramento voltadas à acurácia do estoque, conformidade documental, índice de atendimento das requisições, perdas por vencimento ou avaria, divergências de inventário, tempo médio de reposição, incidência de não conformidades no recebimento e aderência à padronização institucional dos materiais utilizados.

Em estrita aderência ao edital, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com descrição específica dos itens, valores correspondentes, critérios de estimativa e memória de cálculo. O edital determina que as despesas sejam discriminadas por rubrica orçamentária, com descrição e valor de cada item, vedando itens genéricos e exigindo planilha aberta com justificativas e metodologia de cálculo, além de contemplar expressamente, no detalhamento de custos por despesa, o subitem “Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)”, o que ampara o adequado enquadramento financeiro desse grupo de materiais no Plano de Trabalho.

A execução dessa atividade observará os princípios da economicidade, fidedignidade contábil, rastreabilidade, clareza, transparência e vinculação estrita ao objeto contratual, sendo vedada a adoção de classificações artificiais ou genéricas que comprometam a compreensão da despesa.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo identificará de forma precisa os materiais adquiridos, demonstrará sua pertinência com os processos assistenciais e operacionais das unidades e

manterá documentação comprobatória suficiente para auditoria, monitoramento contratual, avaliação de desempenho e prestação de contas perante a Secretaria Municipal de Saúde.

IV. Aquisição de Material de Enfermagem, Saúde Bucal e de Consumo em Geral

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o processo de aquisição de material de enfermagem, saúde bucal e de consumo em geral, como atividade essencial de apoio operacional e administrativo necessária ao funcionamento contínuo, seguro e eficiente das Unidades sob sua gestão.

O processo será desenvolvido por meio de fluxo padronizado de logística de suprimentos, contemplando planejamento, programação, aquisição, recebimento, conferência, armazenamento, controle de estoque, distribuição, reposição e monitoramento de consumo, que exige a descrição desses mecanismos para medicamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à execução dos serviços.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das aquisições com base no perfil assistencial das unidades, na demanda esperada, na produção programada, nas metas contratuais, no histórico de consumo, na padronização institucional dos materiais, na criticidade dos procedimentos executados e nas necessidades específicas dos serviços de enfermagem, saúde bucal e apoio operacional.

Para garantir racionalidade no uso dos recursos e continuidade do abastecimento, a instituição adotará parâmetros técnicos de programação, níveis mínimos e máximos de estoque, ponto de reposição, análise de giro, classificação de criticidade, frequência de utilização e avaliação periódica de consumo, prevenindo faltas, excessos, perdas e aquisições desconectadas da necessidade real da operação.

lcm

O fluxo de aquisição abrangerá a consolidação das requisições oriundas dos setores assistenciais e administrativos, análise técnica das especificações dos itens solicitados, validação quantitativa e qualitativa da demanda, verificação da disponibilidade orçamentária, instrução do processo de compra, pesquisa de preços, seleção de fornecedores, formalização da contratação, acompanhamento do prazo de entrega e fiscalização do cumprimento das condições contratadas.

Esse processo será articulado com a gerência de almoxarifado e patrimônio, em conformidade com a exigência editalícia de descrição dos fluxos de recebimento, armazenamento, distribuição, controle de estoque, inventário, movimentação, rastreabilidade, monitoramento, auditoria e prestação de contas dos materiais e insumos das Unidades de Saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá especificações técnicas e padrões de qualidade para os materiais de enfermagem, saúde bucal e consumo em geral, observando segurança, funcionalidade, compatibilidade com os procedimentos realizados, durabilidade, adequação sanitária e pertinência ao perfil de atendimento das unidades.

A seleção de fornecedores considerará regularidade fiscal e sanitária, capacidade técnica e logística, histórico de desempenho, conformidade dos produtos ofertados, prazo de entrega, rastreabilidade, suporte operacional e compatibilidade entre preço, qualidade e segurança, com vistas a assegurar economicidade e confiabilidade no fornecimento.

No recebimento dos materiais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará conferência administrativa, quantitativa e qualitativa, com verificação de nota fiscal, ordem de compra, especificação técnica, marca, lote quando aplicável, validade, integridade da embalagem, condições de transporte e conformidade entre o item entregue e o item contratado.

Os materiais somente serão incorporados ao estoque após conferência formal, registro nos sistemas de controle e validação das condições de aceitação, sendo as inconformidades segregadas, registradas e tratadas por

fluxo específico de devolução, substituição, correção ou apuração junto ao fornecedor, conforme a natureza da ocorrência.

A etapa de armazenamento será organizada de forma a assegurar conservação adequada, segurança, identificação, integridade física, rastreabilidade e pronta disponibilidade dos materiais de enfermagem, saúde bucal e consumo em geral.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá critérios de segregação por natureza do item, finalidade de uso, setor demandante, frequência de consumo, criticidade assistencial e prazo de validade, quando aplicável, bem como controle sistemático sobre materiais estéreis, descartáveis, perfurocortantes, insumos odontológicos, itens de alto giro e materiais de maior impacto para a continuidade das atividades assistenciais e operacionais.

A distribuição dos materiais às Unidades e setores ocorrerá mediante requisições padronizadas, programação de abastecimento e critérios institucionais definidos com base no perfil de consumo, produção assistencial, criticidade do serviço e saldo disponível em estoque.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de rastreabilidade que permitirão identificar item, quantidade, lote quando aplicável, data de movimentação, local de destino, responsável pela liberação e setor requisitante, fortalecendo a segurança do processo, o controle interno e a transparência da execução contratual.

Com a finalidade de prevenir desabastecimento, perdas, desperdícios e descontinuidade operacional, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento contínuo do consumo, cobertura de estoque, comportamento da demanda, itens críticos, validade, perdas por vencimento ou avaria, tempo médio de reposição e desempenho dos fornecedores.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para situações de ruptura de estoque, atraso de fornecimento, aumento inesperado da demanda ou indisponibilidade de mercado, com remanejamento interno controlado, revisão emergencial da

programação de compras e priorização dos itens essenciais à manutenção da assistência e do funcionamento dos serviços.

O processo será integrado aos sistemas de informação e ferramentas de gestão utilizados nas Unidades, possibilitando registro, acompanhamento, consolidação de dados, emissão de relatórios gerenciais, análise de consumo, inventário, controle de divergências e apoio à tomada de decisão.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo utilizará esses mecanismos para fortalecer a rastreabilidade, o monitoramento dos fluxos, a auditoria das movimentações, a avaliação do desempenho logístico e a produção de evidências para prestação de contas e acompanhamento contratual.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades entre os setores assistenciais, saúde bucal, enfermagem, suprimentos, almoxarifado, financeiro, controle interno e gestão da unidade, com segregação de funções, validação técnica das solicitações, conferência em etapas críticas e supervisão permanente dos resultados.

Também implantará rotinas de auditoria interna e monitoramento, com avaliação de acurácia de estoque, índice de atendimento das requisições, perdas operacionais, divergências de inventário, tempo de reposição, não conformidades no recebimento e aderência à padronização institucional dos materiais utilizados.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com discriminação específica dos itens, respectivos valores, critérios de estimativa e memória de cálculo.

O edital exige que as despesas sejam descritas de forma clara e específica, com vedação de itens genéricos, e prevê no modelo de custos tanto a rubrica “2.2. Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)” quanto as rubricas do grupo “3. Materiais de Consumo”, incluindo itens como higienização e limpeza, escritório e expediente, material de consumo de copa/cozinha, informática e comunicação e outros materiais diversos, o que autoriza o

adequado enquadramento financeiro dessa atividade conforme a natureza de cada item adquirido.

A execução desse serviço observará os princípios da economicidade, fidedignidade contábil, clareza, rastreabilidade, transparência e pertinência com o objeto contratual, sendo vedada a adoção de classificações artificiais ou lançamentos genéricos que dificultem a fiscalização e a prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo identificará com precisão os itens adquiridos, demonstrará sua vinculação com as rotinas assistenciais, odontológicas e operacionais das unidades e manterá documentação comprobatória apta a subsidiar auditoria, monitoramento contratual, avaliação de desempenho e prestação de contas perante a Secretaria Municipal de Saúde.

V. Manutenção de Extintores

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de manutenção de extintores como atividade permanente, indispensável à segurança das Unidades de Saúde, à proteção de usuários, trabalhadores, patrimônio público e à continuidade do funcionamento dos serviços contratados.

Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de inspeção, controle, manutenção preventiva e corretiva, recarga, substituição quando necessária, identificação, rastreabilidade e monitoramento periódico, em conformidade com a exigência editalícia de descrição da metodologia de atuação, da organização dos serviços de apoio e dos mecanismos de supervisão, monitoramento e controle.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento do serviço com base no levantamento físico dos equipamentos existentes nas unidades, sua localização, tipo, capacidade, validade da carga, condições de conservação, grau de exposição a risco e exigências técnicas aplicáveis ao ambiente assistencial e administrativo.

lrm

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá cadastro atualizado dos extintores, contemplando identificação patrimonial ou operacional, tipo de agente extintor, data da última manutenção, prazo da próxima intervenção, unidade de lotação, responsável pelo acompanhamento e histórico de ocorrências, de modo a assegurar rastreabilidade, controle gerencial e programação tempestiva das ações necessárias.

O fluxo operacional do serviço abrangerá inspeção periódica dos extintores, verificação de integridade física, lacres, manômetros, sinalização, suporte de fixação, acessibilidade, condições de uso, validade, necessidade de recarga, substituição temporária durante manutenção e retorno do equipamento em condição regular de utilização.

Sempre que identificado equipamento vencido, descarregado, avariado, despressurizado, obstruído, sem identificação ou em desacordo com as exigências técnicas, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará providências imediatas para regularização, com acionamento do prestador responsável, registro da ocorrência e controle da recomposição da cobertura de segurança da área afetada.

A execução do serviço será realizada por empresa ou prestador tecnicamente habilitado, com capacidade operacional comprovada e documentação regular, observados os requisitos de qualificação, conformidade técnica e confiabilidade na prestação do serviço.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará critérios de seleção e fiscalização que contemplem regularidade documental, capacidade de atendimento dentro dos prazos definidos, qualidade da execução, rastreabilidade dos serviços prestados, emissão de certificados ou comprovantes correspondentes e histórico de desempenho, de modo a assegurar adequada cobertura do risco e conformidade do processo.

Durante a execução das manutenções, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá a continuidade da proteção contra incêndio nas unidades, mediante programação prévia, controle de retirada

e devolução dos equipamentos e substituição temporária quando necessária, evitando desguarnecimento das áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

O serviço será articulado com a gestão predial, almoxarifado, apoio operacional e responsáveis locais, assegurando que a intervenção ocorra com mínimo impacto sobre a rotina das unidades e com preservação da segurança institucional.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará mecanismos de controle e rastreabilidade que permitirão acompanhar a localização de cada extintor, datas de inspeção, manutenções realizadas, recargas efetuadas, substituições, não conformidades identificadas, prazo de vencimento e situação operacional do equipamento.

Esses registros subsidiarão relatórios gerenciais, auditorias internas, monitoramento contratual, comprovação da execução dos serviços e tomada de decisão quanto à necessidade de reforço, remanejamento ou substituição de equipamentos, em consonância com a lógica de monitoramento, auditoria e prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá rotina sistemática de monitoramento dos prazos de validade, cronograma de inspeção, cobertura por área, índice de conformidade dos equipamentos e tempo de resposta para correção de irregularidades.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para situações de retirada simultânea de múltiplos extintores, atraso na devolução, constatação de não conformidade grave ou necessidade emergencial de substituição, com priorização das áreas críticas e recomposição imediata da segurança mínima exigida para funcionamento dos serviços.

No âmbito da governança do processo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades entre os setores de apoio operacional, gestão administrativa, manutenção predial, controle patrimonial e gestão da unidade, com definição clara dos fluxos de solicitação, acompanhamento, conferência, aceite do serviço e registro documental.

Também implantará rotinas de supervisão e auditoria voltadas à verificação da execução tempestiva das manutenções, conformidade dos equipamentos, atualização dos controles internos e aderência aos prazos programados, fortalecendo a eficiência operacional e a segurança institucional.

A execução desse serviço observará os princípios da economicidade, clareza, rastreabilidade, transparência, segurança institucional e fidedignidade contábil, assegurando plena vinculação da despesa ao objeto contratual e à manutenção da infraestrutura necessária ao funcionamento dos serviços de saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará a pertinência operacional da manutenção de extintores, manterá documentação comprobatória hábil para fiscalização e prestação de contas e assegurará que o serviço contribua efetivamente para a qualidade, segurança e continuidade da execução contratual.

VI. Manutenção de Sistemas de Ar-Condicionado

A Contratada assegurará a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de ar-condicionado instalados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e na subsede administrativa, por meio de empresa ou profissionais habilitados, em conformidade com a legislação e normas técnicas vigentes. Os serviços compreenderão inspeções periódicas, limpeza, higienização, substituição de componentes, testes de funcionamento, recarga de gás refrigerante quando necessária e demais intervenções destinadas a garantir o desempenho dos equipamentos, a qualidade do ar interior, a eficiência energética e a continuidade das atividades assistenciais e administrativas.

VII. Fornecimento de Gases Medicinais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará a gestão, operação e manutenção integral de toda a rede de gases

medicinais das Unidades de Saúde. Este serviço efetuará o fornecimento ininterrupto, seguro e eficiente de oxigênio medicinal, ar comprimido medicinal e vácuo, utilizando sistemas de rede canalizada ou cilindros conforme a infraestrutura e a necessidade técnica de cada setor assistencial.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o suprimento e a manutenção rigorosa de cilindros, reguladores de pressão, fluxômetros, pontos de consumo e demais acessórios indispensáveis para a conexão e o pleno funcionamento dos equipamentos de suporte à vida.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo efetuará a manutenção preventiva e corretiva sistemática de toda a cadeia de suprimentos, abrangendo as centrais de abastecimento, as tubulações de distribuição, os postos de utilização e todos os dispositivos de controle e segurança instalados. Tais intervenções técnicas serão integradas ao cronograma de manutenção predial e engenharia clínica, visando garantir a estabilidade das pressões, a pureza dos gases e a continuidade absoluta do fluxo, prevenindo falhas críticas que possam comprometer a assistência aos pacientes.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará monitoramentos periódicos para assegurar o funcionamento regular e econômico do sistema, em estrita conformidade com as normas técnicas vigentes e regulamentações da ANVISA.

VIII. Serviço de Limpeza Predial em Área Externa, Passeio Público e Árvores

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a execução dos serviços de limpeza, conservação e manutenção das áreas externas das unidades de saúde, por meio de empresa especializada, com fornecimento de mão de obra, materiais, equipamentos e ferramentas necessários à adequada execução das atividades, observando as normas de segurança, higiene, acessibilidade e conservação do patrimônio público.

Os serviços compreenderão todas as áreas externas sob responsabilidade contratual, incluindo passeios públicos adjacentes às unidades, calçadas, acessos, estacionamentos, vias internas, pátios, áreas de circulação, jardins, canteiros, áreas permeáveis, áreas pavimentadas e demais espaços destinados ao acesso e permanência de usuários, profissionais e visitantes, assegurando ambientes limpos, organizados e compatíveis com o adequado funcionamento dos serviços de saúde.

As rotinas operacionais contemplarão varrição manual e mecânica, remoção de folhas, galhos, terra, resíduos sólidos e demais materiais acumulados, limpeza de pisos externos, lavagem de áreas pavimentadas quando necessária, raspagem de guias e sarjetas, capina manual ou mecanizada, roçada, retirada de ervas daninhas, limpeza de dispositivos de drenagem superficial, recolhimento e acondicionamento dos resíduos gerados, mantendo as áreas externas permanentemente em condições adequadas de utilização.

A conservação das áreas verdes compreenderá atividades de manutenção de jardins, canteiros e vegetação ornamental, incluindo irrigação quando prevista, remoção de vegetação seca, controle de plantas invasoras, recolhimento de resíduos vegetais e acompanhamento das condições fitossanitárias das árvores existentes nas unidades. Sempre que identificados galhos secos, comprometidos ou que representem risco à circulação de pessoas, veículos ou edificações, será providenciado o isolamento preventivo da área e o encaminhamento para execução dos serviços de poda ou supressão, observadas as autorizações dos órgãos ambientais competentes, quando exigidas pela legislação.

O planejamento das atividades será elaborado considerando as características físicas de cada unidade, o fluxo diário de usuários, as condições climáticas, a sazonalidade e a necessidade de intensificação dos serviços em períodos chuvosos, campanhas de saúde, eventos institucionais ou outras situações que demandem reforço operacional, garantindo a continuidade das condições de limpeza e conservação dos espaços externos.

lrm

Os resíduos provenientes da limpeza das áreas externas serão coletados, acondicionados e destinados conforme a legislação ambiental vigente e as normas municipais aplicáveis, evitando o acúmulo de materiais, obstrução de sistemas de drenagem, proliferação de vetores e demais situações que possam comprometer as condições sanitárias e a segurança dos usuários.

A execução dos serviços será acompanhada por fiscalização periódica, mediante inspeções de rotina, verificação do cumprimento dos cronogramas estabelecidos, avaliação das condições de conservação dos ambientes e registro das não conformidades identificadas. Sempre que necessário, serão adotadas medidas corretivas visando restabelecer as condições adequadas de limpeza, organização e segurança das áreas externas.

A Irmandade manterá integração permanente entre os serviços de limpeza predial externa, manutenção predial, jardinagem e conservação, permitindo atuação coordenada na identificação de necessidades de reparos, poda de árvores, recuperação de calçadas, drenagem, iluminação externa e demais intervenções que contribuam para a preservação do patrimônio público, a segurança dos usuários e a adequada apresentação das unidades de saúde perante a comunidade.

IX. Limpeza de Calhas, Caixa d'água e Controle de Pragas

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de limpeza de calhas e caixa d'água como atividade periódica e estratégica de apoio operacional e administrativo, indispensável à conservação da infraestrutura, à prevenção de riscos operacionais, à proteção sanitária das unidades e à continuidade segura dos serviços de saúde. Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de inspeção, programação, execução, controle, registro, monitoramento e verificação de conformidade, em consonância com a exigência editalícia de descrição da metodologia de atuação, da organização dos serviços de apoio e dos mecanismos de supervisão e controle de qualidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das intervenções com base no levantamento físico das unidades, no porte das edificações, na quantidade e localização das calhas e reservatórios, na exposição a resíduos e intempéries, no histórico de ocorrências, na criticidade das áreas atendidas e na necessidade de preservação das condições sanitárias e estruturais do imóvel. A instituição definirá cronograma preventivo e rotinas de inspeção periódica, com priorização de pontos críticos e programação compatível com a continuidade da operação assistencial, evitando impactos indevidos sobre o funcionamento das unidades.

No que se refere às calhas, o serviço abrangerá inspeção técnica visual, remoção de folhas, galhos, sedimentos, resíduos sólidos e materiais que possam comprometer o escoamento das águas pluviais, bem como limpeza dos condutores e verificação das condições gerais de funcionamento do sistema de drenagem superficial. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará providências para prevenir obstruções, infiltrações, extravasamentos, umidade, danos estruturais, proliferação de vetores e demais intercorrências que possam afetar a salubridade, a segurança e a conservação física das unidades.

Quanto à caixa d'água, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo executará rotinas programadas de limpeza, higienização, esgotamento controlado, remoção de resíduos, lavagem interna, desinfecção quando aplicável, enxágue, reabastecimento e verificação das condições de vedação, integridade e funcionamento do reservatório. Essas atividades serão realizadas de modo a preservar a qualidade das condições de armazenamento da água, reduzir riscos sanitários, manter a segurança operacional do abastecimento interno e assegurar conformidade com as exigências de conservação da infraestrutura de apoio das Unidades.

A execução do serviço será precedida de programação operacional, definição de responsáveis, avaliação de impacto sobre o abastecimento e adoção de medidas para evitar descontinuidade indevida das atividades essenciais da unidade. Quando necessário, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará medidas de contingência

e organização prévia para que a intervenção ocorra com o menor impacto possível sobre os fluxos assistenciais, administrativos e de apoio, preservando a funcionalidade dos serviços durante a realização das atividades.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos de controle e rastreabilidade para registrar data da intervenção, local atendido, tipo de serviço executado, responsável pela execução, condições identificadas, não conformidades verificadas, providências adotadas e prazo previsto para nova inspeção ou nova limpeza. Esses registros subsidiarão relatórios gerenciais, comprovação da execução, supervisão interna, monitoramento contratual, auditoria e prestação de contas, em alinhamento com a lógica editalícia de controle, monitoramento, rastreabilidade e transparência dos serviços de apoio.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá verificação sistemática da execução dos serviços, conferência do cumprimento dos cronogramas, avaliação das condições finais das áreas ou reservatórios atendidos e registro das ações corretivas eventualmente necessárias. Também implantará rotina de acompanhamento de ocorrências relacionadas a entupimentos, infiltrações, extravasamentos, acúmulo de resíduos, comprometimento do escoamento ou necessidade de reintervenção, utilizando essas informações para aperfeiçoar o planejamento preventivo e reduzir riscos operacionais recorrentes.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento contínuo dos pontos críticos, especialmente em períodos de maior incidência de chuvas, queda de folhas, acúmulo de resíduos ou aumento do risco de obstrução. A instituição adotará resposta tempestiva em situações emergenciais que possam comprometer a estrutura predial, o abastecimento interno, a circulação segura de pessoas, a higiene dos ambientes ou a regularidade do funcionamento institucional.

A execução do serviço será articulada com a gestão administrativa, manutenção predial, apoio operacional e responsáveis locais de cada unidade, com definição clara dos fluxos de solicitação, programação, autorização, acompanhamento e aceite do serviço realizado. A Irmandade Santa Casa de

Misericórdia de São Bernardo do Campo atenderá ao edital quando este exige a descrição da organização e do funcionamento dos serviços assistenciais e de apoio, bem como dos mecanismos de supervisão, monitoramento e controle adotados pela proponente.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará a relevância operacional da limpeza de calhas e caixa d'água para a preservação física do imóvel, para a mitigação de riscos sanitários e estruturais e para a continuidade qualificada da prestação dos serviços contratados.

Os serviços de controle integrado de pragas compreendem a execução de ações preventivas e corretivas destinadas ao monitoramento, controle e eliminação de vetores e pragas urbanas nas Unidades de Saúde, incluindo desinsetização, desratização e demais procedimentos necessários, realizados por empresa especializada e licenciada pelos órgãos competentes. As atividades serão executadas conforme cronograma periódico e sempre que identificada necessidade, utilizando produtos devidamente registrados e observando as normas sanitárias, ambientais e de segurança, de modo a preservar as condições de higiene, segurança e salubridade dos ambientes assistenciais e administrativos.

X. Manutenção Predial, Mobiliário e de Equipamentos

A manutenção da infraestrutura física e dos recursos tecnológicos representa um dos pilares para a garantia da qualidade assistencial, da segurança do paciente, da continuidade operacional dos serviços e da adequada utilização dos recursos públicos. Em serviços de saúde, a disponibilidade permanente dos ambientes, instalações, sistemas prediais e equipamentos constitui condição indispensável para o funcionamento seguro das unidades e para a execução eficiente das atividades assistenciais, administrativas e de apoio.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará modelo integrado de gestão da infraestrutura,

estruturado com base em princípios de planejamento, prevenção, monitoramento contínuo, rastreabilidade das ações executadas e melhoria contínua dos processos. A metodologia proposta busca assegurar elevado padrão de conservação dos ativos sob sua responsabilidade operacional, reduzindo riscos, prevenindo interrupções dos serviços e contribuindo para a manutenção de ambientes seguros, funcionais e adequados ao atendimento da população.

Os Programas de Manutenção Predial, Mobiliário e de Equipamentos, incluindo equipamentos odontológicos, foram concebidos de forma complementar e integrada aos processos institucionais de gestão da qualidade, segurança do paciente, gerenciamento de riscos, engenharia clínica, ambiência e planejamento operacional. A atuação conjunta dessas áreas permitirá monitoramento permanente das condições físicas das unidades, acompanhamento do desempenho dos sistemas prediais, controle dos equipamentos sob responsabilidade da instituição e suporte qualificado à tomada de decisão gerencial.

A proposta contempla metodologias específicas para acompanhamento preventivo das instalações prediais, sistemas elétricos, hidrossanitários, climatização, segurança contra incêndio, grupos geradores, ambiência, regularidade documental e infraestrutura física das unidades, bem como para gestão tecnológica, engenharia clínica, rastreabilidade patrimonial, monitoramento operacional dos equipamentos e controle.

Os serviços de manutenção de mobiliário compreendem a execução de ações preventivas e corretivas destinadas à conservação, recuperação e prolongamento da vida útil dos móveis utilizados nas Unidades de Saúde, incluindo mesas, cadeiras, armários, balcões, estantes, macas, longarinas e demais mobiliários administrativos e assistenciais. As intervenções serão realizadas por profissionais qualificados, mediante inspeções periódicas e atendimento às demandas identificadas, contemplando ajustes, reparos, substituição de componentes e demais serviços necessários para garantir a segurança, funcionalidade, ergonomia e adequada conservação do patrimônio, assegurando a continuidade das atividades assistenciais e administrativas.

Por meio dessa estrutura de gestão, a Irmandade assegurará o cumprimento das responsabilidades previstas no Termo de Referência, promovendo maior confiabilidade operacional, preservação do patrimônio público, conformidade regulatória e suporte permanente à prestação de serviços de saúde seguros, eficientes e alinhados às necessidades da população atendida.

XI. Concessionárias

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará a gestão dos serviços prestados por concessionárias e fornecedores de utilidades, compreendendo água, energia elétrica, esgotamento sanitário, gás e demais serviços essenciais ao funcionamento das Unidades, como atividade permanente de apoio operacional e administrativo indispensável à continuidade da assistência e à manutenção da infraestrutura necessária à execução contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento dessas despesas com base no perfil das Unidades, na capacidade instalada, no funcionamento dos equipamentos, no horário de operação, no histórico estimado de consumo, na natureza dos serviços prestados e na necessidade de garantir fornecimento contínuo e seguro dos insumos utilitários essenciais.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará medidas de dimensionamento e programação financeira compatíveis com a operação integral das unidades, prevenindo descontinuidade, inadimplência, interrupções de fornecimento e impactos sobre o funcionamento assistencial e administrativo.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controle sobre a adequação do consumo às características operacionais das Unidades, de modo a identificar variações atípicas, desperdícios, intercorrências operacionais, vazamentos ou inconsistências de faturamento que possam comprometer a economicidade e a regularidade do serviço.

lcm

No que se refere ao fornecimento de energia elétrica, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará rotina de acompanhamento do consumo, das Unidades consumidoras, da regularidade cadastral, da conferência das contas emitidas, dos vencimentos e da compatibilidade entre a despesa faturada e o perfil de operação das Unidade. Esse controle terá por finalidade assegurar a continuidade do funcionamento dos ambientes assistenciais, administrativos e de apoio, reduzir riscos de interrupção do serviço, permitir avaliação gerencial do consumo e subsidiar medidas de racionalização do uso da energia.

Quanto ao gás, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará controle específico conforme a natureza da utilização nas Unidades, distinguindo, quando necessário, o gás destinado a rotinas operacionais comuns daquele eventualmente vinculado a serviços assistenciais ou de apoio técnico.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá suprimento regular, controle de consumo, conferência documental, segurança no armazenamento e uso, rastreabilidade das despesas e tratamento tempestivo de ocorrências, observando as exigências técnicas e operacionais aplicáveis à Unidade.

Sempre que houver outros serviços utilitários ou despesas correlatas não expressamente nominadas nas rubricas principais, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá sua classificação nominal e detalhada na proposta financeira, conforme exige o edital para os subitens indicados como "outros descrever". Essa providência assegurará clareza, rastreabilidade e transparência na composição dos custos, vedada a utilização de categorias genéricas desacompanhadas de descrição específica da finalidade da despesa.

A execução desse serviço será acompanhada por mecanismos de controle administrativo que permitirão registrar contratos, unidades consumidoras, histórico de faturamento, vencimentos, ocorrências, reclamações, interrupções de fornecimento, medidas corretivas adotadas e regularidade dos pagamentos. Esses registros subsidiarão a supervisão

gerencial, a análise de consumo, a identificação de desvios, a adoção de providências corretivas e a produção de evidências para auditoria, monitoramento contratual e prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará fluxo de conferência prévia das faturas e documentos de cobrança, com validação dos valores, da unidade faturada, do período de referência, da compatibilidade com o histórico de consumo e da correção dos dados cadastrais. Em caso de inconsistências, a instituição adotará medidas administrativas tempestivas junto à concessionária ou fornecedor responsável, buscando correção do faturamento, preservação da continuidade do serviço e proteção do interesse público vinculado ao contrato de gestão.

Com vistas à continuidade operacional, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá monitoramento permanente dos riscos de desabastecimento, suspensão de serviços, falhas técnicas, oscilações de consumo e intercorrências que possam afetar o funcionamento da unidade. A instituição adotará medidas de contingência e comunicação interna para situações críticas, priorizando a preservação das atividades assistenciais e de apoio indispensáveis à continuidade dos serviços de saúde.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessas despesas nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com descrição nominal dos serviços, valores estimados, critérios de cálculo, memória de composição e demonstração de vinculação ao objeto contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará que a gestão de água, luz, esgoto, gás e serviços correlatos constitui elemento essencial de sustentação operacional.

XII. Telefonia e Internet

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se responsabilizará pela implantação, manutenção e gestão integral dos serviços

de telefonia e internet nas Unidades de Saúde sob sua administração no Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando conectividade contínua, segura e de alto desempenho. Essa infraestrutura digital será essencial para garantir a eficiência administrativa, a integração dos sistemas assistenciais e o suporte às atividades operacionais das equipes multiprofissionais.

O serviço de telefonia e internet disponibilizado pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo contemplará todas as áreas funcionais e assistenciais das Unidades, incluindo pronto atendimentos, enfermarias, setores administrativos, farmácias, centrais de regulação e unidades móveis de saúde, permitindo comunicação permanente entre os profissionais e acesso em tempo real aos sistemas de informação em saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá que toda a infraestrutura tecnológica atenda aos padrões de qualidade e desempenho exigidos pela legislação vigente, pelas normas da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e pelas políticas de tecnologia da informação aplicáveis ao setor público de saúde. Serão observados os parâmetros técnicos referentes à largura de banda, redundância de rede, estabilidade de conexão e cobertura integral das áreas críticas de atendimento.

A gestão dos serviços de telefonia e internet incluirá o monitoramento contínuo de desempenho, com acompanhamento de indicadores de conectividade e alertas automatizados de falhas ou quedas de sinal.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará manutenções preventivas e corretivas regulares, de forma planejada, para reduzir o risco de interrupções e garantir o funcionamento ininterrupto dos sistemas assistenciais e administrativos.

Em situações de contingência, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá planos de continuidade operacional, assegurando redundância de rede, links de backup e suporte técnico especializado disponível em regime permanente. Essa estrutura permitirá o restabelecimento imediato dos serviços em caso de incidentes técnicos, minimizando impactos sobre o atendimento aos pacientes e sobre a

operação institucional. A segurança digital será tratada como prioridade estratégica.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará políticas de proteção de dados e segurança da informação, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e com as diretrizes da Estratégia de Governo Digital. Serão aplicadas práticas de controle de acesso, criptografia de dados, monitoramento de tráfego e auditorias periódicas, de modo a proteger os sistemas contra invasões, vazamentos e uso indevido das informações.

O tráfego de dados das unidades será segregado em redes específicas para fins administrativos, assistenciais e operacionais, garantindo desempenho adequado e evitando interferências entre sistemas. Essa arquitetura de rede permitirá que os sistemas de prontuário eletrônico, regulação médica e gestão hospitalar funcionem com eficiência e segurança, em conformidade com as normas técnicas do Ministério da Saúde e com os requisitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também se comprometerá a promover capacitação técnica contínua para os profissionais envolvidos na gestão e no uso dos recursos de tecnologia da informação, assegurando o correto manuseio dos equipamentos, o cumprimento das normas de segurança digital e a utilização responsável dos serviços de internet nas unidades. Essas ações educativas reforçarão a cultura institucional de proteção de dados e de eficiência tecnológica.

Os registros de acesso, incidentes e manutenções serão devidamente documentados e armazenados em conformidade com os protocolos de auditoria e governança digital, possibilitando rastreabilidade das ações e conformidade com as normas da administração pública. Relatórios técnicos e indicadores de desempenho serão emitidos periodicamente, permitindo o acompanhamento da qualidade dos serviços e a tomada de decisões estratégicas pela gestão central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reafirmará seu compromisso com a excelência tecnológica e a modernização

dos serviços públicos de saúde de Ferraz de Vasconcelos. A gestão do serviço de telefonia e internet será conduzida com base em princípios de eficiência, segurança, transparência e sustentabilidade, garantindo infraestrutura digital robusta e alinhada às necessidades assistenciais, administrativas e estratégicas das Unidades sob sua responsabilidade.

XIII. Transporte de Documentos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de transporte de documentos e rotinas administrativas como atividade permanente de apoio operacional e administrativo, indispensável à integração entre as Unidades, à circulação segura das informações, à regularidade dos processos internos e à continuidade da execução contratual. Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de recebimento, protocolo, conferência, tramitação, transporte, entrega, devolutiva, arquivamento e controle documental, em consonância com a exigência editalícia de apresentação de fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos, assegurando rastreabilidade das informações, integridade dos dados e conformidade com as normas vigentes.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento das rotinas de transporte documental com base no volume de documentos produzidos, periodicidade de circulação, criticidade dos processos, localização das unidades, necessidade de integração com os setores administrativos e assistenciais e prazos operacionais envolvidos. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá cronogramas, rotas, responsabilidades e prioridades para a tramitação física de documentos, de forma a garantir regularidade, tempestividade e segurança no intercâmbio de processos, formulários, relatórios, expedientes internos e demais documentos necessários ao funcionamento das Unidades e à gestão do contrato.

O fluxo operacional do serviço abrangerá o recebimento formal dos documentos pelas áreas emittentes, conferência quanto à identificação, origem, destino, integridade e necessidade de sigilo, registro em instrumento de controle,

preparação para transporte, entrega ao setor ou unidade destinatária, confirmação do recebimento e devolutiva quando aplicável.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará procedimentos padronizados para evitar extravio, atraso, circulação indevida, perda de integridade documental ou falhas de protocolo, mantendo controle sobre todas as etapas da movimentação física dos documentos administrativos e operacionais.

No âmbito das rotinas administrativas, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará processos padronizados voltados à produção, conferência, tramitação, consolidação, arquivamento e disponibilização de documentos relacionados à operação assistencial, administrativa, financeira e gerencial das unidades. Esses processos compreenderão, entre outros, apoio à gestão documental, encaminhamento de expedientes internos, circulação de documentos para assinatura, envio e recebimento de comunicações formais, controle de documentos administrativos, organização de dossiês operacionais e suporte à manutenção dos registros necessários à execução contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá mecanismos de rastreabilidade documental capazes de identificar origem, destino, data de envio, data de recebimento, responsável pela remessa, responsável pelo recebimento, natureza do documento e situação da tramitação. Esses mecanismos subsidiarão a gestão do fluxo documental, o controle de prazos, a prevenção de perdas, a reconstituição do histórico de tramitação, a supervisão gerencial e a pronta disponibilização de evidências para auditoria, fiscalização, monitoramento e prestação de contas.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará rotinas de protocolo e controle administrativo para assegurar que documentos sensíveis, documentos com prazo crítico, expedientes relacionados à produção assistencial, informações financeiras, registros operacionais e documentos destinados à prestação de contas recebam tratamento compatível com sua relevância. A instituição priorizará a circulação tempestiva desses documentos, com conferência formal em cada etapa, preservando

confidencialidade quando necessária e reduzindo riscos de inconsistência, atraso ou descontinuidade de processos internos.

O serviço será articulado com os setores assistenciais, administrativos, faturamento, recursos humanos, almoxarifado, patrimônio, gestão das Unidades e áreas de apoio institucional, assegurando integração entre os processos de trabalho e padronização da circulação documental.

No campo da supervisão e do controle de qualidade, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá acompanhamento sistemático do cumprimento das rotinas administrativas, dos tempos de tramitação, da conformidade dos registros, da completude documental e da ocorrência de falhas no transporte ou protocolo dos documentos. Também implantará ações corretivas para tratamento de inconformidades, reorientação de fluxos, reforço de controles e aprimoramento contínuo das rotinas administrativas, fortalecendo a segurança do processo e a confiabilidade das informações institucionais.

Com vistas à eficiência operacional, a instituição poderá adotar indicadores complementares relacionados a tempo médio de tramitação, índice de documentos entregues no prazo, percentual de protocolos com confirmação de recebimento, número de inconformidades documentais e taxa de regularização dentro do prazo, nos termos da previsão editalícia de proposição de indicadores claros, mensuráveis e relevantes para melhoria contínua da gestão. Esses indicadores deverão ser integrados aos mecanismos internos de acompanhamento e utilizados como ferramenta de supervisão gerencial, avaliação de desempenho e aperfeiçoamento das rotinas administrativas

Em aderência ao edital, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário dessa atividade nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com descrição específica do serviço, valores correspondentes, metodologia de cálculo e memória de composição. O edital exige custos discriminados por rubrica orçamentária, descrição e valor de cada item, planilha aberta com memória de cálculo e vedação de rubricas genéricas, de modo que o transporte de documentos e as

rotinas administrativas deverão ser classificados de forma nominal, conforme sua natureza operacional e administrativa.

A execução desse serviço observará os princípios da rastreabilidade, clareza, continuidade, segurança da informação, economicidade, transparência e fidedignidade contábil, assegurando plena vinculação ao objeto contratual e à adequada sustentação administrativa das Unidades. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará que o transporte de documentos e as rotinas administrativas constituem atividade essencial para a ordenação dos fluxos internos, para a integridade da gestão documental e para a execução regular, auditável e eficiente dos serviços.

XIV. Fornecimento de Veículo com Abastecimento

a A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará o serviço de fornecimento de veículos com seguro, manutenção preventiva e corretiva da frota de veículos e equipamentos correlacionados, bem como o abastecimento de combustível, como atividade essencial de apoio operacional e administrativo para garantir a mobilidade institucional, o suporte às rotinas operacionais, a continuidade dos fluxos logísticos e o adequado funcionamento das Unidades.

Esse serviço será estruturado em fluxo padronizado de disponibilização, controle de uso, monitoramento da frota, manutenção programada, atendimento corretivo, abastecimento, registro de ocorrências, rastreabilidade dos custos e supervisão gerencial.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o planejamento da frota com base nas necessidades operacionais das Unidades, na natureza dos deslocamentos, na frequência de uso, na abrangência territorial do atendimento, no volume estimado de demandas e na criticidade dos serviços que dependem de transporte institucional.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo definirá quantitativo, perfil e alocação dos veículos de forma compatível com a necessidade operacional do contrato, assegurando suficiência, regularidade de

disponibilidade e adequação às rotinas administrativas, logísticas e assistenciais.

O fornecimento dos veículos contemplará disponibilização em condições adequadas de uso, documentação regular, cobertura securitária, identificação e controle operacional, além dos requisitos necessários para circulação segura e continuidade do serviço.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá que os veículos destinados à execução contratual permaneçam cobertos por seguro compatível com sua utilização, de modo a mitigar riscos patrimoniais, operacionais e financeiros relacionados a acidentes, danos e eventos que possam comprometer a mobilidade institucional.

No âmbito da gestão da frota, a instituição implantará cadastro e controle individualizado dos veículos e equipamentos correlacionados, contendo identificação das Unidades ou setor vinculado, tipo de uso, histórico de manutenção, documentação, cobertura de seguro, consumo de combustível, quilometragem, ocorrências operacionais e situação de disponibilidade. Esses registros subsidiarão a rastreabilidade da utilização da frota, o acompanhamento dos custos, o planejamento de substituições, a supervisão gerencial e a prestação de contas, de controle, monitoramento, auditoria e transparência.

A manutenção preventiva da frota será organizada com base em cronogramas periódicos, quilometragem, tempo de uso, histórico de desgaste e criticidade operacional dos veículos e equipamentos correlacionados, com o objetivo de preservar condições de segurança, confiabilidade e disponibilidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará rotinas programadas de inspeção, revisão, verificação de componentes, avaliação de desempenho e correção de desgastes, reduzindo a probabilidade de falhas inesperadas e a interrupção das atividades dependentes da frota.

A manutenção corretiva será acionada sempre que houver avaria, pane, perda de desempenho, sinistro, indisponibilidade total ou parcial do veículo ou ocorrência que comprometa sua utilização segura e regular. Nessas hipóteses, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá fluxo de abertura de chamado, avaliação técnica, priorização

conforme criticidade do uso, execução do reparo, registro da intervenção e liberação do veículo após verificação de conformidade, assegurando resposta tempestiva e redução do tempo de indisponibilidade da frota.

Os equipamentos correlacionados ao uso da frota serão incluídos no mesmo sistema de controle operacional e manutenção, com registros específicos de inspeção, conservação, funcionalidade e intervenções realizadas, sempre que vinculados à operacionalização segura e adequada dos veículos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá o monitoramento desses componentes de forma integrada à gestão da frota, evitando falhas acessórias capazes de comprometer a funcionalidade do serviço ou gerar riscos operacionais.

Quanto ao abastecimento, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará rotina padronizada para suprimento de combustível da frota, com definição de critérios de autorização, registro por veículo, controle de consumo, conciliação com quilometragem e acompanhamento gerencial da utilização. O processo permitirá rastrear data, local, veículo abastecido, volume, tipo de combustível, responsável pela autorização e finalidade operacional do uso, fortalecendo a economicidade, a transparência e o controle interno da despesa.

A instituição monitorará o desempenho da frota por meio de controles relacionados à disponibilidade operacional, tempo de parada para manutenção, consumo médio de combustível, frequência de ocorrências corretivas, custo por veículo, vencimento de documentação, vigência de seguro e regularidade das revisões programadas. Esses dados servirão de base para tomada de decisão, reprogramação da manutenção, substituição de veículos, racionalização do consumo e aprimoramento contínuo da gestão operacional da frota, de adoção de mecanismos de monitoramento e possibilidade de indicadores adicionais.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará plano de contingência para situações de indisponibilidade de veículos, atraso de manutenção, sinistros, falhas mecânicas, oscilação no abastecimento ou necessidade extraordinária de deslocamento.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo priorizará demandas críticas, remanejará recursos disponíveis e promoverá substituições operacionais quando necessárias, de modo a evitar prejuízo relevante à execução contratual e aos fluxos de apoio indispensáveis ao funcionamento das Unidades.

A execução desse serviço será articulada com as áreas administrativas, apoio operacional, suprimentos, financeiro, gestão da unidade e demais setores demandantes, assegurando definição clara de responsabilidades, fluxos de solicitação, autorização, uso, monitoramento e controle documental.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará o detalhamento orçamentário desse item nas planilhas de custos por rubrica e por eixo, com discriminação clara das despesas com combustível, manutenção de veículos, seguros, locação ou disponibilização da frota, materiais correlatos e demais custos vinculados ao serviço

A execução financeira e operacional desse serviço observará os princípios da economicidade, rastreabilidade, continuidade, segurança, eficiência, transparência e fidedignidade contábil, assegurando vinculação direta entre a despesa e a execução do objeto contratual.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo demonstrará que a gestão da frota, com veículos segurados, manutenção adequada e abastecimento controlado, constitui suporte essencial para o funcionamento integrado e contínuo dos serviços previstos.

XV. Segurança do Trabalho

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá e manterá setor estruturado de Saúde e Segurança do Trabalho, com dimensionamento técnico compatível com o porte, a complexidade assistencial, o número de colaboradores e a diversidade dos processos laborais existentes nas Unidades sob sua gestão.

Esse setor atuará de forma permanente, integrada e transversal, assegurando o cumprimento das Normas Regulamentadoras aplicáveis aos serviços de saúde, com ênfase na NR-32, e promovendo ações sistemáticas de

prevenção, vigilância, monitoramento dos riscos ocupacionais e promoção da qualidade de vida no trabalho para todos os colaboradores, inclusive aqueles vinculados às áreas assistenciais, administrativas, técnicas, operacionais e de apoio.

A estrutura de Saúde e Segurança do Trabalho da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá suas atribuições em interface direta com a gestão administrativa, recursos humanos, educação permanente, controle de infecção, hotelaria, manutenção, engenharia clínica, serviços de apoio, comissões internas e demais áreas técnicas relacionadas ao processo de trabalho, de forma a garantir atuação integrada sobre riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais e de acidentes.

Sua organização contemplará planejamento, execução, supervisão, monitoramento de indicadores, emissão de pareceres técnicos, produção de evidências documentais e apoio à tomada de decisão gerencial, com foco na prevenção de agravos à saúde do trabalhador e no fortalecimento da cultura institucional de segurança.

Competências

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo elaborará, implementará, manterá atualizados e executará o PPRA/PGR, conforme normativos vigentes, bem como o PCMSO, o LTCAT e todos os demais documentos técnico-legais correlatos exigidos pela legislação trabalhista, previdenciária e de saúde e segurança do trabalho.

Essa responsabilidade abrangerá a identificação de perigos, a avaliação e classificação dos riscos ocupacionais, a definição e implementação de medidas de prevenção, a revisão periódica dos cenários de risco, a consolidação de inventários e planos de ação, o monitoramento da efetividade das medidas adotadas e a atualização documental sempre que houver alteração de layout, processo, tecnologia, insumos, organização do trabalho ou perfil de exposição dos trabalhadores.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará inspeções periódicas de segurança em todas as Unidades, setores, postos de trabalho e áreas de apoio, abrangendo ambientes assistenciais, administrativos, logísticos, técnicos e operacionais, com frequência compatível com a criticidade dos riscos identificados.

Cada inspeção resultará em relatório técnico de conformidade, contendo descrição objetiva das não conformidades encontradas, análise situacional, classificação de criticidade, proposição de medidas corretivas e preventivas, definição de responsáveis, estabelecimento de prazos para regularização e sistemática de acompanhamento até a efetiva solução, assegurando rastreabilidade, evidência documental e subsídio para auditorias internas e externas.

Prevenção

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo coordenará ações permanentes de prevenção de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, incidentes e afastamentos, adotando metodologia estruturada de investigação dos eventos adversos relacionados ao trabalho, com análise de causas imediatas, causas contribuintes e causas-raiz, elaboração de plano de ação corretivo e preventivo, monitoramento da reincidência e verificação da efetividade das medidas implantadas.

Essa atuação contemplará de forma especial os riscos próprios dos serviços de saúde, incluindo exposição a material biológico, acidentes com perfurocortantes, manuseio de substâncias químicas, movimentação e transporte de pacientes, posturas inadequadas, sobrecarga física e mental, além de fatores psicossociais associados à organização do trabalho.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá o fornecimento, o controle, a padronização, a orientação técnica, o treinamento e a fiscalização do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual e dos Equipamentos de Proteção Coletiva, em conformidade com os riscos mapeados por função, setor, atividade e ambiente laboral.

Também manterá registros formais e auditáveis relativos à especificação, entrega, reposição, validade, higienização quando aplicável, orientação de uso, termos de recebimento, controle de estoque e verificação de aderência, assegurando rastreabilidade integral das medidas de proteção e adoção imediata de providências diante de usos inadequados, insuficiência de estoque, perda de integridade dos equipamentos ou alteração do perfil de risco ocupacional.

Treinamentos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá treinamentos obrigatórios, iniciais e periódicos, relacionados à saúde e segurança do trabalho, garantindo a capacitação dos colaboradores de acordo com os riscos inerentes às suas atividades e às exigências legais aplicáveis ao ambiente de saúde.

Entre os conteúdos obrigatórios estarão, no mínimo, integração em segurança do trabalho, prevenção de acidentes com exposição a material biológico, uso correto de EPI e EPC, prevenção e combate a incêndio, brigada de incêndio, primeiros socorros, condutas em situações de emergência, práticas seguras em áreas críticas, noções de ergonomia e demais temas correlatos identificados no gerenciamento de riscos ocupacionais.

Todos os treinamentos contarão com planejamento anual ou periódico, definição de conteúdo programático, carga horária, identificação do público-alvo, registros de realização, listas de presença, evidências documentais, controle de reciclagens e monitoramento de cobertura, de modo a demonstrar conformidade legal e efetiva disseminação das práticas seguras.

A sistemática formativa observará, sempre que necessário, especificidades por categoria profissional e por área técnica, assegurando que a capacitação não se limite ao cumprimento formal da exigência normativa, mas produza efeito prático sobre a redução de riscos, a adesão aos protocolos de segurança e a melhoria do desempenho institucional em saúde ocupacional.

Qualidade de vida no Trabalho

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá e monitorará programas de ergonomia, saúde mental e bem-estar, alinhados às características organizacionais e aos riscos ocupacionais identificados em suas Unidades, com foco na promoção de ambientes laborais saudáveis, redução de agravos relacionados ao trabalho e fortalecimento da permanência segura e produtiva dos trabalhadores em suas funções.

Esses programas contemplarão avaliação ergonômica preliminar e, quando necessária, avaliação aprofundada, análise de fatores psicossociais, ações educativas, medidas de prevenção do adoecimento mental, estratégias de acolhimento, campanhas temáticas, orientações sobre autocuidado, promoção de hábitos saudáveis e intervenções voltadas à melhoria da organização do trabalho e das condições ambientais.

A efetividade dessas ações será acompanhada por indicadores objetivos de adesão e desempenho, tais como participação dos colaboradores, cobertura das ações programadas, absenteísmo, afastamentos relacionados à saúde, ocorrência de acidentes, reincidência de incidentes, evolução das não conformidades e percepção institucional sobre segurança e bem-estar, conforme metodologia adotada pela gestão.

Com base nesses dados, a OSS Contratada manterá rotina de análise crítica, revisão de estratégias e implementação de melhorias contínuas, assegurando que a política de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho permaneça ativa, mensurável, institucionalizada e aderente às exigências legais e operacionais do serviço de saúde.

XVI. Sistema Informatizado

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, coordenará e manterá a infraestrutura de Tecnologia da Informação necessária ao pleno funcionamento das unidades sob sua gestão, assegurando suporte tecnológico adequado às atividades assistenciais, administrativas, operacionais e gerenciais, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único

de Saúde – SUS, com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), com as normas de segurança da informação e com as melhores práticas de governança em tecnologia da informação.

A estrutura tecnológica será desenvolvida para garantir elevada disponibilidade dos sistemas, continuidade operacional dos serviços, integridade das informações, proteção dos dados institucionais e suporte eficiente às atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, contribuindo para a qualidade da assistência prestada à população e para a eficiência da gestão das Unidades.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará a instalação, configuração, manutenção preventiva, manutenção corretiva e suporte técnico dos equipamentos de informática utilizados nas unidades, incluindo computadores, monitores, impressoras, dispositivos móveis, equipamentos de rede, servidores, periféricos e demais recursos tecnológicos necessários à execução do Contrato de Gestão.

Serão estabelecidas rotinas permanentes de monitoramento e manutenção da infraestrutura tecnológica, assegurando o adequado funcionamento dos equipamentos, a redução de indisponibilidades operacionais e a rápida resolução de falhas que possam comprometer a continuidade dos serviços assistenciais e administrativos.

A gestão da rede lógica e dos serviços de conectividade será realizada de forma centralizada e estruturada, contemplando a administração de redes locais, conectividade entre setores, acesso à internet, monitoramento de desempenho, gerenciamento de tráfego de dados e adoção de mecanismos de redundância sempre que tecnicamente aplicável e operacionalmente necessário para garantir a continuidade dos serviços.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará e manterá sistemas informatizados de apoio à assistência e à gestão, incluindo prontuário eletrônico do paciente, sistemas de gestão administrativa, sistemas de regulação, faturamento, controle assistencial e demais ferramentas necessárias ao adequado funcionamento das Unidades. Será assegurada a

disponibilidade dos sistemas, a manutenção de sua integridade operacional e o suporte técnico contínuo aos usuários.

Os sistemas utilizados serão configurados para promover o registro seguro, completo e rastreável das informações assistenciais e administrativas, garantindo confiabilidade dos dados, suporte à tomada de decisão e conformidade com os requisitos legais e regulatórios aplicáveis aos serviços de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a integração dos sistemas institucionais com as plataformas e bases de dados oficiais exigidas pelos órgãos competentes, incluindo e-SUS, SISAB, SIGTAP, CNES e demais sistemas governamentais aplicáveis ao objeto contratual, garantindo consistência, atualização e transmissão adequada das informações requeridas pela gestão pública.

Será implementada Política de Segurança da Informação abrangente, contemplando diretrizes, normas, procedimentos e mecanismos destinados à proteção dos ativos tecnológicos e das informações institucionais. Essa política abrangerá controle de acessos, autenticação de usuários, gestão de perfis e permissões, monitoramento de atividades, proteção contra acessos não autorizados, prevenção de incidentes de segurança e preservação da confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações.

A gestão de dados observará rigorosamente os princípios e requisitos estabelecidos pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo tratamento adequado das informações pessoais e sensíveis, adoção de medidas técnicas e administrativas de proteção, rastreabilidade das operações realizadas e respeito aos direitos dos titulares dos dados.

Serão implementadas rotinas permanentes de backup e recuperação de dados, contemplando cópias de segurança periódicas, armazenamento seguro das informações, testes de restauração e procedimentos de contingência que assegurem a continuidade operacional das atividades em situações de falhas, indisponibilidades ou eventos que possam comprometer os sistemas institucionais.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá processos estruturados para identificação, registro, tratamento e monitoramento de incidentes tecnológicos, promovendo respostas rápidas às ocorrências, minimização de impactos operacionais e implementação de ações preventivas voltadas à melhoria contínua da segurança e da disponibilidade dos serviços.

Será disponibilizada Central de Atendimento de Tecnologia da Informação para suporte aos usuários das Unidades, contemplando registro formal de chamados, classificação de demandas, acompanhamento das solicitações, definição de prioridades, monitoramento dos tempos de atendimento e controle dos níveis de serviço pactuados. Todos os atendimentos serão registrados em sistema próprio, permitindo rastreabilidade, transparência e avaliação permanente da qualidade do suporte prestado.

A equipe de Tecnologia da Informação participará de processos contínuos de atualização e capacitação técnica, acompanhando a evolução das tecnologias utilizadas, das exigências legais e das melhores práticas de governança, segurança da informação e gestão de serviços de TI.

Serão monitorados indicadores relacionados à disponibilidade dos sistemas, desempenho da infraestrutura tecnológica, tempo de resposta aos chamados, segurança da informação, conformidade com a LGPD, integridade dos dados e satisfação dos usuários, permitindo avaliação contínua dos serviços e implementação de ações de melhoria permanente.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá uma infraestrutura tecnológica segura, moderna, integrada e eficiente, capaz de sustentar as atividades assistenciais e administrativas das Unidades de Saúde, assegurando continuidade operacional, confiabilidade das informações, suporte qualificado aos usuários e plena conformidade com as exigências legais e regulatórias aplicáveis.

Am

a. Prontuário Eletrônico

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) constitui-se no instrumento oficial e eletrônico de registro das informações clínicas e administrativas dos usuários atendidos pelas Unidades sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. Estruturado para abarcar todo o ciclo de cuidado — desde o acolhimento e a classificação de risco até prescrições, procedimentos, exames e alta — o PEP garante a rastreabilidade, a legibilidade e a integridade dos registros clínicos, fundamentais para a segurança do paciente e para a continuidade assistencial.

A implantação e operação do PEP nas Unidades visam assegurar interoperabilidade com os sistemas oficiais de saúde do Município e do Ministério da Saúde, suportar a geração de relatórios gerenciais e indicadores assistenciais, e facilitar a tomada de decisão clínica e administrativa. Além disso, o PEP estabelece mecanismos formais de responsabilização técnica, controle de acessos e assinaturas eletrônicas, em conformidade com as normas de proteção de dados e as regulamentações profissionais vigentes, fortalecendo tanto a qualidade do cuidado quanto a governança institucional.

Dimensão	O PEP segundo Ministério da Saúde
Definição	Repositório eletrônico de informações clínicas e administrativas, que acompanha o paciente ao longo da vida e é alimentado por diferentes categorias profissionais.
Conteúdos mínimos	- Anamnese, exame físico e variáveis clínicas; - Prescrição de medicamentos e métodos terapêuticos; - Emissão de atestados e documentos clínicos; - Solicitação de exames e métodos diagnósticos; - Encaminhamentos para outros pontos da rede; - Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.
Benefícios para os profissionais	- Centralização de dados em único repositório; - Padronização e legibilidade das informações; - Agilidade no registro clínico; - Suporte ao processo de trabalho e planejamento de ações.

Benefícios para a gestão	- Disponibilidade de dados consolidados e individualizados; - Monitoramento das equipes; - Planejamento estratégico com dados qualificados; - Redução do tempo de atendimento; - Extinção da necessidade de arquivos físicos; - Registro seguro e com backup.
Benefícios para os cidadãos	- Segurança do paciente e continuidade do cuidado; - Proteção das informações clínicas, acessíveis apenas a profissionais habilitados; - Eliminação de erros por ilegibilidade; - Preservação do histórico sem risco de deterioração; - Facilidade para revisão e discussão clínica entre profissionais.

O PEP Aplicado nas Unidades de Saúde

A implantação e qualificação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas Unidades representam um eixo estratégico da gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. Alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, a iniciativa busca garantir a modernização dos processos assistenciais e administrativos, fortalecendo a segurança do paciente, a eficiência do trabalho em equipe e a tomada de decisão gerencial.

O PEP será fundamental para:

- ✓ **Atenção ao paciente:** permitir acesso ágil e confiável ao histórico clínico, apoiar a continuidade do cuidado em uma unidade de alta complexidade e reduzir riscos assistenciais.
- ✓ **Equipes multiprofissionais:** padronizar os registros, facilitar a comunicação entre os diversos níveis assistenciais (urgência, internação e ambatório) e otimizar a organização dos fluxos.
- ✓ **Gestão hospitalar:** subsidiar o monitoramento em tempo real da produção assistencial, acompanhar indicadores de desempenho, planejar recursos e eliminar o passivo documental de arquivos físicos.
- ✓ **Cidadãos atendidos:** assegurar registros claros e seguros, promover maior confiabilidade nas prescrições e resultados, além de oferecer respaldo para uma assistência integral, humanizada e contínua.

Dessa forma, o PEP será um instrumento estratégico para consolidar a missão institucional da Unidade, integrando inovação tecnológica, gestão eficiente e qualidade assistencial.

Requisitos para o Prontuário Eletrônico do Paciente

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), assegura a padronização do registro clínico, a integração com os sistemas oficiais de informação do Município e a rastreabilidade das informações assistenciais. Essas exigências garantem a eficiência na gestão hospitalar, a segurança do paciente e a interoperabilidade com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Informatização dos postos de trabalho

A Unidade deve garantir que todos os postos de trabalho estejam informatizados e devidamente integrados ao PEP, assegurando seu pleno funcionamento em toda a unidade.

Fonte única de dados

O PEP deve constituir a única fonte de dados utilizada pela Unidade, com capacidade de gerar arquivos estruturados em conformidade com o sistema de informação oficial do Município.

Cadastro obrigatório e busca por CPF/DNV

Os campos referentes ao **CPF** e à **Declaração de Nascido Vivo (DNV)** são obrigatórios no cadastro dos pacientes, devendo ser os primeiros no layout da ficha. A plataforma deve dispor de mecanismo de busca por **CPF/DNV**, garantindo precisão na identificação do usuário.

Requisitos operacionais

O PEP deve funcionar de maneira estável e contínua durante todo o horário de funcionamento da unidade, considerando:

- ✓ Conectividade;
- ✓ Licenciamento do produto;
- ✓ Datacenter (servidor);
- ✓ Suporte técnico e treinamento de usuários;
- ✓ Customizações necessárias;
- ✓ Integração com Business Intelligence (BI) para apoio à gestão hospitalar;
- ✓ Disponibilização de totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Integração com DATASUS e relatórios gerenciais

O sistema deve ser compatível com o layout oficial do DATASUS, permitindo importação e consolidação dos dados junto ao Município. Além disso,

deve possibilitar a emissão de relatórios gerenciais voltados ao acompanhamento de indicadores assistenciais e de gestão definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Relatórios mínimos obrigatórios

O PEP deve permitir a geração de relatórios que contemplem, no mínimo:

- a) Resultados de indicadores por desempenho de cada setor/equipe;
- b) Número de atendimentos realizados por cada profissional;
- c) Custos de materiais de consumo por paciente;
- d) Filas cirúrgicas internas;
- e) Gestão de leitos;
- f) Tempo de atendimento por etapa (recepção, classificação de risco, consulta médica, enfermagem etc.);
- g) Indicadores previstos no contrato e demais solicitados pela gestão municipal.

Apoio à instalação e integração

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se compromete a colaborar com a empresa autorizada para instalação do PEP municipal, garantindo o acesso às informações e a integração em todas as etapas do processo.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará e contará com prontuário único para cada paciente, no qual estarão organizados, de forma legível e precisa, todos os registros clínicos, intervenções, exames e evoluções realizadas durante o período de atendimento. Estes registros devem ser datados, assinados e carimbados pelos profissionais responsáveis (médicos, equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde), garantindo rastreabilidade, confiabilidade e integridade das informações. Todo o conjunto documental permanecerá devidamente organizado e sob a guarda do Serviço de Arquivo de Prontuários das Unidades, com acesso integral garantido à Secretaria de Saúde mediante fluxo previamente estabelecido.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assumirá total responsabilidade pela manutenção do sigilo das informações, em absoluta observância à legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e compromete-se a fornecer ao usuário,

na alta ou observação, o relatório de atendimento (“Informe de alta”), contendo todos os dados necessários: identificação completa, motivo do atendimento, hipótese diagnóstica, registro CID-10, resumo da evolução clínica, procedimentos realizados, datas de entrada e saída e, quando pertinente, motivo da transferência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também responderá pela integração dos sistemas digitais de prontuário eletrônico adotados na unidade com os sistemas municipais vigentes ou que venham a ser implantados, promovendo interoperabilidade, rastreabilidade e continuidade das informações em rede. Findo o contrato, a Irmandade compromete-se a repassar, à contratante, todos os prontuários eletrônicos não integrados e os prontuários físicos, para o devido arquivamento e guarda conforme as normas institucionais e legais, garantindo, assim, a preservação do histórico clínico e assegurando a continuidade da assistência em toda a Rede de Saúde.

b. LGPD

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará, manterá e aperfeiçoará continuamente uma Política Institucional de Segurança da Informação, abrangendo todas as unidades, sistemas, equipamentos, bases de dados, prontuários eletrônicos, documentos físicos e digitais, redes corporativas e demais ativos de informação utilizados na execução do Contrato de Gestão. A política observará as diretrizes da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), das normas do Ministério da Saúde, DATASUS, e-SUS APS, CNES, SISAB e demais sistemas oficiais aplicáveis, bem como as melhores práticas nacionais e internacionais de governança e segurança da informação.

Política Institucional de Segurança da Informação

Competirá à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo:

- a) Elaborar, aprovar, divulgar e manter atualizada Política de Segurança da Informação e Privacidade aplicável a todos os colaboradores, prestadores de serviços, fornecedores e terceiros com acesso a informações institucionais;
- b) Definir diretrizes para classificação, armazenamento, compartilhamento, transmissão, retenção e descarte seguro de informações e documentos;
- c) Garantir a confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade e rastreabilidade das informações assistenciais, administrativas, financeiras e operacionais;
- d) Implementar normas internas de uso aceitável de recursos tecnológicos, correio eletrônico corporativo, internet, dispositivos móveis, mídias removíveis e acesso remoto;
- e) Promover campanhas permanentes de conscientização e treinamento dos colaboradores sobre segurança da informação, proteção de dados e prevenção de incidentes cibernéticos.

Gestão de Backup e Recuperação de Dados

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará política formal de backup e recuperação de desastres, contemplando:

- a) A realização de cópias de segurança automáticas e periódicas de bancos de dados, prontuários eletrônicos, documentos administrativos e demais informações críticas;
- b) A manutenção de backups locais e externos, com armazenamento seguro e protegido contra perda, corrupção, falhas técnicas, desastres naturais ou ataques cibernéticos;
- c) A definição de rotinas de backup diário, semanal e mensal, conforme a criticidade dos sistemas;
- d) A execução periódica de testes de restauração para validação da integridade dos dados e da efetividade dos procedimentos de recuperação;
- e) A elaboração e manutenção de Plano de Continuidade de Negócios e Plano de Recuperação de Desastres (Disaster Recovery Plan – DRP),

garantindo a retomada dos serviços essenciais em prazo compatível com a criticidade assistencial das unidades.

Controle de Acesso e Segurança dos Sistemas

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá mecanismos rigorosos de controle de acesso físico e lógico, incluindo:

- a) Gestão individualizada de usuários e credenciais de acesso aos sistemas corporativos e assistenciais;
- b) Concessão de acessos baseada em perfis de função, necessidade operacional e princípio do menor privilégio;
- c) Utilização de senhas seguras, mecanismos de autenticação e procedimentos formais de criação, alteração, bloqueio e exclusão de usuários;
- d) Controle de acesso aos prontuários eletrônicos e informações sensíveis, com registro de auditoria das consultas, alterações e movimentações realizadas;
- e) Revisão periódica das permissões concedidas aos usuários;
- f) Bloqueio imediato de acessos em casos de desligamento, transferência de função ou determinação da Administração;
- g) Proteção dos equipamentos por meio de ferramentas de segurança, antivírus corporativo, firewall, filtros de conteúdo e demais mecanismos preventivos.

Gestão de Incidentes de Segurança da Informação

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implementará processo estruturado para identificação, registro, análise, tratamento e monitoramento de incidentes de segurança da informação, contemplando:

- a) Procedimentos formais para detecção e resposta a eventos de segurança, falhas sistêmicas, acessos indevidos, vazamentos de dados ou ataques cibernéticos;

- b) Registro de todos os incidentes em sistema próprio ou ferramenta de gerenciamento, contendo data, causa, impacto, medidas adotadas e plano de ação;
- c) Definição de níveis de criticidade, responsáveis e fluxos de escalonamento;
- d) Comunicação imediata à Secretaria Municipal de Saúde e às autoridades competentes quando houver incidente relevante envolvendo dados pessoais ou risco à continuidade assistencial;
- e) Implementação de ações corretivas e preventivas destinadas a evitar recorrências;
- f) Produção de relatórios gerenciais periódicos contendo indicadores, tendências e medidas de mitigação.

Conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará integral conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (LGPD), sendo responsável por:

- a) Implementar Programa de Governança em Privacidade e Proteção de Dados;
- b) Mapear e documentar os fluxos de tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos usuários, colaboradores e terceiros;
- c) Manter registro das operações de tratamento de dados realizadas no âmbito do Contrato de Gestão;
- d) Adotar medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, perdas, destruição, alteração, comunicação ou difusão indevida;
- e) Garantir a confidencialidade das informações clínicas e assistenciais dos usuários do SUS;
- f) Designar Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO), responsável pela interlocução com titulares, Administração Pública e órgãos de controle;

g) Atender às solicitações dos titulares de dados e às determinações dos órgãos fiscalizadores nos prazos legais;

h) Realizar avaliações periódicas de riscos relacionados à privacidade e proteção de dados.

Monitoramento, Auditoria e Indicadores

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo monitorará continuamente a efetividade dos controles implantados, mediante:

a) Realização de auditorias periódicas de segurança da informação e conformidade com a LGPD;

b) Monitoramento dos registros de acesso, eventos e atividades críticas dos sistemas;

c) Acompanhamento de indicadores relacionados à disponibilidade dos sistemas, taxa de sucesso dos backups, incidentes de segurança, tempo de resposta e conformidade regulatória;

d) Apresentação de relatórios periódicos à Secretaria Municipal de Saúde contendo evidências de conformidade, melhorias implementadas e planos de ação para tratamento das vulnerabilidades identificadas.

Metas para o Primeiro Ano de Contrato

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo:

- Implantará a Política Institucional de Segurança da Informação e Privacidade em até 90 (noventa) dias da assinatura do Contrato de Gestão;
- Implementará rotina de backup automatizado para 100% dos sistemas críticos;
- Garantirá rastreabilidade de acessos em 100% dos sistemas assistenciais e administrativos;
- Realizará, no mínimo, 02 (duas) auditorias anuais de conformidade em segurança da informação e LGPD;

- Capacitará 100% dos colaboradores quanto às diretrizes de segurança da informação e proteção de dados;
- Manterá índice mínimo de disponibilidade dos sistemas críticos igual ou superior a 99%;
- Garantirá resposta, registro, análise e tratamento formal de 100% dos incidentes de segurança identificados durante a vigência contratual.

XVII. Programação Visual da Unidade

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, organizará e executará a programação visual das Unidades de acordo com as normas do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando padronização, identificação clara dos ambientes, orientação adequada aos usuários, acessibilidade, humanização e conformidade com a comunicação institucional exigida para serviços públicos de saúde.

Programação visual da unidade

A programação visual compreenderá a identidade padronizada da unidade, a sinalização interna e externa, a orientação de fluxos, a identificação de setores, salas e serviços, a comunicação de normas de acesso, horários, direitos e deveres dos usuários, além da sinalização de segurança, acessibilidade e informação institucional. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará critérios visuais uniformes, legíveis e compatíveis com as diretrizes do SUS e com os padrões definidos pela Secretaria de Saúde, de modo a garantir comunicação clara, organização espacial e melhor experiência do usuário.

A execução desse serviço será planejada com base no mapeamento físico da unidade, na definição dos pontos de comunicação visual, na hierarquização das informações e na adequação dos materiais às características de cada ambiente. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá a atualização permanente da programação visual sempre que

lrm

houver mudança de fluxos, reorganização de setores, alterações normativas, reformas ou necessidade de reforço informativo.

A programação visual incluirá sinalização de recepção, acessos, salas de atendimento, banheiros, áreas restritas, setores administrativos, fluxos de circulação, áreas de espera, saídas de emergência, itens de segurança e placas informativas voltadas à orientação do cidadão. Também contemplará comunicação acessível, com observância às necessidades de pessoas com deficiência, idosos e demais públicos que dependem de maior clareza na ambiência e nos sinais de orientação.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará materiais, cores, tamanhos, símbolos e padronização gráfica compatíveis com as normas institucionais e com a comunicação visual do SUS, preservando identidade pública, neutralidade institucional e caráter informativo. A produção e instalação da sinalização serão acompanhadas por rotina de conferência, validação técnica, inspeção periódica e manutenção preventiva, garantindo conservação, legibilidade e atualização dos elementos visuais.

Em termos operacionais, a programação visual será integrada aos serviços de apoio administrativo e à gestão da unidade, com definição de responsáveis pela solicitação, aprovação, produção, instalação e manutenção das peças visuais. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que toda peça instalada esteja alinhada ao fluxo assistencial, à organização dos ambientes e às exigências de transparência e orientação ao usuário.

Para fins de Plano de Trabalho, esse item poderá ser descrito como uma ação de apoio institucional essencial à organização do serviço, à qualificação da ambiência, à segurança do usuário e à padronização dos processos internos. A redação também pode ser vinculada à rubrica de serviços de apoio institucional e comunicação, desde que o detalhamento financeiro identifique nominalmente a despesa e demonstre sua relação direta com a execução contratual.

XVIII. Locação de Imóvel para a Subsele Administrativa

A Contratada disponibilizará imóvel destinado ao funcionamento da subsele administrativa, em localização compatível com a área de abrangência dos serviços, destinado ao suporte técnico, administrativo e operacional das Unidades de Atenção Primária à Saúde. O imóvel deverá possuir infraestrutura adequada ao desenvolvimento das atividades de gestão, incluindo áreas para administração, reuniões, arquivo, almoxarifado de apoio e demais funções administrativas, atendendo às normas de segurança, acessibilidade, prevenção contra incêndio e demais exigências legais aplicáveis. Todas as despesas relacionadas à locação, manutenção, infraestrutura, utilidades e funcionamento da subsele serão de responsabilidade da Contratada durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

XIX. Locação de Veículos Administrativos

A Contratada disponibilizará veículos leves, devidamente licenciados, segurados e em perfeitas condições de uso, destinados ao suporte das Equipes de Saúde da Família (eSF), Subsele, Unidades Básicas, e às atividades administrativas e operacionais inerentes à execução do Contrato de Gestão. Os veículos serão utilizados para deslocamentos das equipes, apoio às atividades de gestão, transporte de materiais e insumos e demais demandas operacionais da Atenção Primária à Saúde. Todas as despesas relacionadas à locação, manutenção preventiva e corretiva, seguro, documentação, tributos e demais custos operacionais serão de responsabilidade da Contratada, assegurando a disponibilidade contínua da frota durante toda a vigência contratual.

XX. Locação de Equipamentos de Informática

A Contratada disponibilizará equipamentos de informática em quantidade e especificações compatíveis com as necessidades operacionais das Unidades de Atenção Primária à Saúde e da subsele administrativa, assegurando o pleno funcionamento das atividades assistenciais e

administrativas. A locação compreenderá computadores, notebooks, monitores, impressoras, scanners e demais equipamentos necessários à execução dos serviços, incluindo instalação, configuração, manutenção preventiva e corretiva, substituição em caso de falha, atualização tecnológica quando necessária e suporte técnico. Todos os equipamentos deverão permanecer em perfeito estado de funcionamento, garantindo a continuidade das atividades, a integração com os sistemas de informação utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e a adequada execução do Contrato de Gestão.

XXI. Locação de Equipamentos Médicos, Odontológicos e Mobiliários

A Contratada disponibilizará, sempre que necessário à execução dos serviços e à continuidade da assistência, equipamentos médicos, odontológicos e mobiliários por meio de locação, em quantidade e especificações compatíveis com as necessidades das Unidades de Atenção Primária à Saúde. A contratação compreenderá o fornecimento, instalação, manutenção preventiva e corretiva, substituição em caso de falha, calibração quando aplicável e suporte técnico, assegurando a disponibilidade dos equipamentos e mobiliários em conformidade com as normas técnicas e sanitárias vigentes, de modo a garantir a segurança dos usuários, a qualidade da assistência e a continuidade dos serviços prestados.

XXII. Seguros Patrimoniais e de Responsabilidade Civil

A Contratada manterá, durante toda a vigência do Contrato de Gestão, apólices de seguro compatíveis com os riscos inerentes à execução dos serviços, contemplando, no mínimo, seguro patrimonial do imóvel destinado à sede administrativa e seguro de responsabilidade civil, com cobertura para danos materiais e corporais eventualmente causados a terceiros em decorrência das atividades desenvolvidas. As coberturas serão mantidas vigentes durante todo o período contratual, contribuindo para a mitigação de riscos operacionais, a proteção patrimonial e a continuidade dos serviços prestados.

6.1.10 A.10. Indicadores de Monitoramento

O gerenciamento e a operacionalização dos serviços públicos de saúde exigem a adoção de metodologia estruturada, capaz de integrar os processos assistenciais, administrativos e gerenciais necessários ao adequado funcionamento das unidades, assegurando a utilização eficiente dos recursos públicos, a qualidade da assistência prestada e o cumprimento das metas e obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a metodologia de atuação que orientará a execução do objeto deste Chamamento Público, estruturada para assegurar a consecução da finalidade pretendida pela Contratante, consistente no funcionamento integral e qualificado da Rede Municipal de Atenção Básica, por meio da organização dos processos de trabalho, da integração das equipes multiprofissionais, da padronização das rotinas institucionais, do monitoramento permanente dos resultados e da adoção de mecanismos de governança, gestão de riscos e melhoria contínua.

O modelo proposto fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, na legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e nas normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, contemplando uma gestão orientada por processos, resultados e evidências, com foco na ampliação do acesso, na integralidade do cuidado, na resolutividade da assistência, na eficiência operacional, na transparência da gestão e na sustentabilidade da execução contratual.

Para garantir a efetiva implementação dessa metodologia, a execução do objeto será organizada em oito eixos metodológicos integrados, que representam os pilares do modelo institucional de gestão adotado pela Irmandade. Esses eixos estabelecem as diretrizes para o planejamento das atividades, organização dos processos assistenciais e administrativos, gestão de

peçoas, padronização das rotinas, monitoramento dos indicadores, governança institucional, gestão de riscos e aperfeiçoamento contínuo dos serviços.

Os capítulos apresentados na sequência detalham os instrumentos técnicos e operacionais que materializam cada um desses eixos, contemplando fluxos, normas, rotinas, regimentos, manuais, protocolos, mecanismos de monitoramento e indicadores de desempenho, evidenciando a forma pela qual a metodologia proposta será aplicada na prática para assegurar uma execução contratual eficiente, segura, transparente e alinhada às diretrizes do Edital, do Contrato de Gestão e dos princípios que regem a Administração Pública e o Sistema Único de Saúde.

6.1.10.1 Metodologia para Monitoramento de Indicadores

Gestão de Indicadores de Desempenho Institucional

A gestão das informações e do conhecimento constitui um dos fatores críticos para o sucesso na administração de complexos sistemas de saúde modernos. A informação no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, sua análise e utilização, pressupõe um conjunto de dados derivados da comunicação que se estabelece entre as partes. Por isso, torna-se necessário o estabelecimento de estratégias para a obtenção, processamento, análise, armazenamento e utilização desse conjunto de dados e informações, de forma organizada e sistematizada, como elemento fundamental no planejamento e na implementação de sistemas de saúde que satisfaçam as necessidades dos financiadores, dos gestores, dos profissionais, da sociedade e, principalmente do cidadão.

A assistência à saúde em geral e em particular a prática médica modificaram-se substancialmente ao longo dos tempos. Atualmente, observa-se um crescimento extraordinário da quantidade e complexidade do conhecimento médico, numa velocidade que dificulta a atualização do profissional das áreas ligadas à saúde. Uma consequência natural desse progresso foi o aumento da quantidade, intensidade e complexidade dos serviços prestados ao paciente e a população em geral, e em consequência gerando uma grande quantidade de dados e informações.

Os serviços de saúde estão cada vez mais sujeitos à competitividade do mercado e à necessidade de prestar serviços de qualidade. Como possuem uma estrutura organizacional grande e complexa, é necessária uma gestão financeira eficiente, bem como o controle dos custos dessas organizações. Desse modo, torna-se necessário, segundo Alemi e Sullivan (2007), que os gestores busquem ferramentas gerenciais que possuam comprovada eficácia, no sentido de viabilizar a atuação das organizações de saúde nesse ambiente. Em meio a essas ferramentas, destacam-se aquelas relacionadas à avaliação de desempenho, que geralmente é realizada por meio da análise de indicadores de desempenho (SOUZA et al., 2008).

No caso de organizações de saúde, a avaliação de desempenho é especificamente complexa, refletindo a estrutura dessas organizações, que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2009) tem a função de proporcionar atenção médica completa, preventiva e curativa à população, sendo parte integrante de um sistema coordenado de saúde.

As organizações de saúde manipulam e processam uma grande quantidade de dados e informações decorrentes de sua estrutura, seus processos e resultados que apresentam, bem como dados e informações referentes ao segmento e ambiente onde atuam. Essas informações formam o conjunto de indicadores utilizado para monitorar o desempenho da organização e o alinhamento das atividades do núcleo operacional com as diretrizes estratégicas.

A utilização de indicadores de desempenho para serviços de saúde, especialmente aqueles atrelados ao desempenho econômico-financeiro, pode contribuir expressivamente para a eficiência da gestão (SILVA, 2005). O principal objetivo de tais indicadores, segundo Souza et al. (2008, p. 4), é “disponibilizar informações úteis de diversas áreas e níveis organizacionais, a fim de auxiliar os gestores no processo decisório”.

Os indicadores são decorrentes da gestão estratégica (valores, missão, visão de futuro, fatores críticos para êxito e metas estratégicas), da gestão operacional (macroprocessos e processos) e das partes interessadas (clientes, servidores, sociedade, fornecedores, etc). Há necessidade de se manter alinhamento e integração entre os indicadores.

Ocupação, receita, despesa, produção e tempo de espera para ser medicado na emergência são exemplos de índices que podem ser extraídos através do uso dos indicadores de saúde.

É por meio dos indicadores estatísticos que os melhores diagnósticos são alcançados. Os indicadores estatísticos são medidas usadas para ajudar a

descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, servindo também para comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade.

As informações podem se referir a qualquer uma das perspectivas que determinam o desempenho da organização, como por exemplo, aos seus processos finalísticos (incluindo medidas do resultado da assistência), aos aspectos financeiros (incluindo custos operacionais, custo do produto por grupos diagnósticos), aos clientes (perfil epidemiológico e socioeconômico, universo potencial e universo atingido, níveis de satisfação e insatisfação); aos colaboradores (força de trabalho), como por exemplo: dados sobre perfis profissionais, desempenho individual e de equipe, vínculo funcional, treinamentos, capacitação, admissão, evolução funcional, demissão, etc ou, ainda, aos demais processos de apoio, como acompanhamento das compras, serviços gerais e manutenção, por exemplo.

Os setores de custos e contabilidade se utilizam desses dados para composição dos seus relatórios de análise comparativa, permitindo o acompanhamento gerencial e orçamentário. Outros setores, como Recursos Humanos, Recepção de Internação (Ocupação), Hotelaria, Controle de Estoque, Almojarifado, Lavanderia e Manutenção, utilizam-se dos indicadores para suprimento, análise e acompanhamento de sua área.

Uso dos Indicadores

Uma dimensão relevante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como por exemplo os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação de seus recursos, entre outros, que podemos chamar de indicadores de qualidade e produtividade.

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo” (FNQ 2005). Constituem a representação quantificada da qualidade de um produto ou serviço.

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias.

Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- Simplicidade - quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador menos distorções apresentará;
- Inteligibilidade - de fácil entendimento aos usuários e analistas do mesmo;
- Objetividade - não depender da interpretação do observador;
- Estabilidade - seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;
- Especificidade - capta eventos bem definidos;
- Sensibilidade - capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- Rastreabilidade - conhecimento e controle de suas variáveis;
- Baixo Custo de Obtenção – utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição.

Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de sofisticados e complicados modelos. Como exemplos de indicadores incluem-se aqueles relacionados à estrutura, aos processos organizacionais, resultados gerais da organização, e às melhorias geradas.

Incluem-se entre os indicadores aqueles relacionados ao grau de atualização e confiabilidade dos sistemas de informação, tempo para disponibilizar a informação, quantidade de informações, adequação dos recursos alocados à tecnologia da informação e adequação do sistema de indicadores às necessidades da organização.

No processo de seleção dos indicadores mais adequados, devem-se procurar aqueles relacionados com os objetivos da organização e, também, aqueles que possam comunicar de forma mais clara e objetiva as realizações da organização para todas as partes interessadas: clientes, força de trabalho, proprietários (acionistas, patrocinadores, governo ou contribuintes), fornecedores e parceiros, comunidade e sociedade.

Os principais indicadores, segundo Takashina (2004), são:

- **Indicadores estratégicos** - informam o “quanto” a organização se encontra na direção da consecução de sua visão. Refletem o desempenho em relação aos fatores críticos para o êxito;
- **Indicadores de produtividade (eficiência)** - medem a proporção de recursos consumidos com relação às saídas do processo;

- **Indicadores de qualidade (eficácia)** - focam as medidas de satisfação dos clientes e as características do produto/serviço;

- **Indicadores de efetividade (impacto)** - focam as consequências nos produtos/serviços;

- **Indicadores de capacidade** - medem a capacidade de resposta de um processo através da relação entre as saídas produzidas por unidade de tempo. Em consonância com o Edital Chamamento Público e a presente proposta técnica, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo irá trabalhar indicadores de qualidade, de produtividade e econômico-financeiros.

Os indicadores selecionados servirão para análises de controle de qualidade, e fornecerão embasamento para a elaboração de sistemáticas direcionadas às ações preventivas e corretivas.

Metodologia de Monitoramento, Análise e Gestão dos Indicadores

A Irmandade adotará uma metodologia sistemática e integrada para coleta, definição, análise e acompanhamento de indicadores institucionais, assistenciais e operacionais, visando apoiar a estratégia administrativa, a tomada de decisão clínica, a melhoria dos resultados e o cumprimento dos objetivos do Contrato de Gestão.

PROCESSO DE MONITORAMENTO

Planejamento de Indicadores

Os indicadores são definidos de acordo com as necessidades da unidade, recomendações do Ministério da Saúde, portarias específicas (ex: Portaria nº 312/2002), Contrato de Gestão e diretrizes municipais. São revisados anualmente e classificados em estratégicos, assistenciais, operacionais, de qualidade, produtividade, satisfação e recursos humanos.

Coleta de Dados e Registro

A coleta ocorre de forma diária e/ou periódica, por profissionais capacitados, a partir dos sistemas informatizados, formulários, prontuário eletrônico, SAME e relatórios dos setores (Enfermagem, Recepção, Recursos Humanos, Farmácia, Hotelaria, Manutenção e Contabilidade). Os registros respeitam critérios de integridade, rastreabilidade e padronização institucional.

Consolidação e Interpretação

Os dados são consolidados mensalmente, sendo processados por equipe técnica (Estatística/Diretoria Técnica), com geração de tabelas, gráficos e relatórios comparativos. São analisadas tendências, variações, sazonalidades, resultados por setor, causas de desvios e pontos de atenção, proporcionando avaliação objetiva dos aspectos quantitativos e qualitativos.

Divulgação e Transparência

Todos os relatórios são apresentados à gerência, equipe multiprofissional, Secretaria Municipal de Saúde e à sociedade, garantindo transparência e participação das equipes na validação dos resultados e discussão das ações corretivas e preventivas.

Gestão de Ações Corretivas e Aprimoramento

Ao identificar indicadores abaixo das metas pactuadas ou fora dos padrões esperados, são implementadas ações corretivas imediatas e/ou estratégicas:

- Investigação da causa junto à equipe e setores implicados
- Planejamento de intervenções (capacitação, readequação de fluxos, revisão de protocolos)
- Execução de mudanças e monitoramento dos resultados após intervenção
- Feedback contínuo para aprimoramento dos processos e indicadores

Revisão, Atualização e Auditoria

Os indicadores são revisados e atualizados conforme evolução institucional, legislação, resultados obtidos e sugestões das equipes de trabalho. Auditorias internas e externas são realizadas regularmente para garantir adequação metodológica, consistência dos dados e efetividade das ações.

Tecnologia e Integração

O monitoramento dos indicadores é suportado por sistemas de gestão hospitalar com exportação e cruzamento de dados com sistemas oficiais (SIA/SUS, SIH/SUS, CNES, eSUS-AB, BPA, AIH), assegurando compatibilidade, integração e tempestividade da informação necessária à gestão e ao acompanhamento municipal.

Qualidade dos Indicadores

Todos os indicadores monitorados atendem critérios de simplicidade, inteligibilidade, estabilidade, especificidade, sensibilidade, rastreabilidade e baixo custo de obtenção, sendo base para tomada de decisão clínica, administrativa, financeira e para o desenho de políticas institucionais de aperfeiçoamento da assistência, produtividade e qualidade.

Processo de Monitoramento de Indicadores



Cronograma de Implantação e Atividades

Serviço/Área	Atividade	1º mê s	2º mê s	3º mê s	4º mê s	5º mê s	6º mê s	7º mê s	8º mê s	9º mê s	10º mê s	11º mê s	12º mê s	Observações
Gestão/Estatística	Definição dos indicadores e parâmetros	X												Adequação ao Contrato de Gestão
Gestão/Estatística	Parametrização de sistema informatizado	X												Configuração dos formulários

Todos os setores	Capacitação das equipes para coleta e registro	X													Treinamentos iniciais
Todos os setores	Início da coleta e registro dos indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Execução contínua
Gestão/Estatística	Consolidação mensal e análise dos resultados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Consolidado do mês anterior
Direção Técnica	Reunião para análise de resultados e desvios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensal
Todos os setores	Notificação e registro de não conformidades		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Em caso de ocorrência
Equipes técnicas	Planejamento e implantação de ações corretivas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Após identificação de desvios
Gestão/Estatística	Elaboração e envio de relatório mensal de indicadores		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Até o 10º dia útil
Gestão/Estatística	Revisão anual de indicadores e metodologia													X	Reunião de avaliação e planejamento anual

Metodologia para análise e tratamento de não conformidades e desvio de indicadores.

Fundamentação

A análise e o tratamento de não conformidades e desvios de indicadores são práticas indispensáveis para a efetivação da qualidade, transparência e segurança na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Política

Nacional de Qualidade em Saúde (PNQS/MS), o sistema público brasileiro exige, para sua sustentabilidade e eficiência, métodos sistematizados de monitoramento, identificação e correção de não conformidades que possam comprometer o desempenho institucional, os resultados assistenciais e a satisfação do usuário.

No âmbito do SUS, a gestão da qualidade se ancora na Constituição Federal (art. 196), que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, e nos preceitos da Lei nº 8.080/1990, que institui o dever do ente público de organizar e regular serviços de saúde com base na avaliação permanente dos resultados. A Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional de Segurança do Paciente, estabelece a aplicação de protocolos, o monitoramento estruturado de incidentes e eventos adversos, bem como a exigência de notificação, análise aprofundada e implementação de ações corretivas, educacionais e preventivas fundamentadas em evidências.

Autores como Mendes (2012) enfatizam que a abordagem de não conformidades exige não apenas identificação de falhas, mas uma cultura de aprendizado institucional, em que o registro, análise e monitoramento contínuo se traduzam em melhoria sistêmica dos processos e valorização da integralidade do cuidado. Segundo Silva et al. (2015), no SUS, a metodologia deve ser adaptada à complexidade das redes locais, promovendo envolvimento multiprofissional, integração das áreas e foco tanto em resultados clínicos quanto em processos administrativos e satisfação do usuário.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a gestão da qualidade e da segurança do paciente incentiva a adoção de ferramentas de melhoria contínua, tais como análise de causa raiz, sistemas de notificação de incidentes e não conformidades, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), auditorias internas e monitoramento sistemático de indicadores, promovendo a participação das equipes, o feedback dos resultados e a implementação de ações corretivas e preventivas. Da mesma forma, as diretrizes estabelecidas para os Contratos de Gestão exigem a adoção de mecanismos de monitoramento, avaliação contínua, registro das inconformidades, prestação de contas e acompanhamento dos planos de ação, assegurando transparência, rastreabilidade dos processos e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Dessa forma, a adoção de metodologias robustas e integradas para análise e tratamento de não conformidades e desvios de indicadores é não apenas recomendada, mas balizada e exigida pelo arcabouço legal e técnico do SUS, sendo fator de amadurecimento institucional, fortalecimento da

governança, promoção da equidade, segurança do paciente e efetividade das ações em saúde pública.

Introdução

A gestão moderna dos serviços de saúde no âmbito do SUS requer monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais, operacionais e administrativos, sendo a análise e o tratamento das não conformidades etapas essenciais para o aprimoramento contínuo da qualidade, segurança e eficiência dos processos institucionais (Mendes, 2012; Ministério da Saúde, 2013). Esta seção detalha a metodologia adotada para identificação, registro, investigação, tratamento e acompanhamento das inconformidades e desvios de indicadores que possam comprometer o resultado e o padrão assistencial pactuado.

Definição e Identificação de Não Conformidade

Não conformidade é definida como qualquer evento, resultado, processo ou indicador que diverge dos padrões técnicos, normativos ou metas previamente estabelecidos no Contrato de Gestão ou nas diretrizes do SUS (Donabedian, 1980; Silva et al., 2015). Tal divergência pode se manifestar sob a forma de indicadores fora da meta (exemplo: taxa de satisfação abaixo do esperado, aumento de tempo de espera, registro incompleto em prontuários), eventos adversos, falhas operacionais ou descumprimento de protocolos clínicos e administrativos.

A identificação pode se dar por:

- Monitoramento de indicadores periódicos (diários, mensais, trimestrais);
- Auditorias internas ou externas (Núcleo de Segurança do Paciente, Controle Interno, Secretaria Municipal de Saúde);
- Notificação espontânea por profissionais, usuários ou gestores (Rede Sentinela, ouvidoria, relatórios);
- Revisão documental e análise cruzada de informações institucionais.

Registro e Classificação

Uma vez identificado o desvio ou não conformidade, realiza-se o registro formal em sistema informatizado ou formulário institucional próprio (ficha de não conformidade). São documentados: setor responsável, data, descrição do evento, indicador afetado, impacto potencial/real, tipo de não conformidade

(assistencial, processual, administrativa, estrutural, humana ou tecnológica) e dados complementares.

Investigação de Causa-Raiz

A investigação das causas segue metodologias reconhecidas de gestão da qualidade, como o Ciclo PDCA, Diagrama de Ishikawa e Análise de Causa-Raiz (ACR). São envolvidos profissionais dos setores afetados, gestores e equipe multiprofissional, utilizando reuniões técnicas, discussões de casos, entrevistas, revisão dos fluxos, protocolos e registros. O objetivo é elucidar fatores contribuintes (falhas de comunicação, descumprimento de rotina, insuficiência de capacitação, limitação de recursos, fatores externos), mapear o processo e identificar oportunidades de melhoria.

Planejamento e Implementação das Ações Corretivas/Preventivas
A partir da investigação e das causas identificadas, são propostas ações corretivas e/ou preventivas, que podem incluir:

- Revisão e atualização de protocolos operacionais;
- Treinamento dirigido à equipe envolvida;
- Adaptação de processos e rotinas institucionais;
- Realocação de recursos, ajuste de tecnologias, reformas estruturais;
- Implementação de checklists, barreiras técnicas e sistemas de rastreabilidade;
- Comunicação de resultados e reforço de cultura de qualidade.

As ações são formalizadas em plano de intervenção, contendo responsável, prazo de execução, meta de resultado esperado, cronograma e indicadores de acompanhamento.

Monitoramento Pós-Intervenção e Avaliação de Resultado

Após a implementação das medidas, realiza-se monitoramento intensivo dos indicadores envolvidos, por período acordado (mensal a trimestral), avaliando o retorno à conformidade, a estabilidade dos processos e a ausência de recorrência. O impacto das ações é mensurado qualitativa e quantitativamente, utilizando análise estatística e feedback da equipe/usuário.

Gestão do Conhecimento, Comunicação e Aprimoramento

Todos os resultados obtidos, lições aprendidas, não conformidades tratadas e ações implementadas são registrados em banco institucional,

discutidos em reuniões técnicas/gerenciais e comunicados aos profissionais, promovendo cultura de melhoria contínua, transparência e aprendizado organizacional. Protocolos, fluxos e rotinas são revisados periodicamente, com atualização das equipes e integração dos resultados ao planejamento institucional.

Integração com Órgãos de Controle e Políticas do SUS

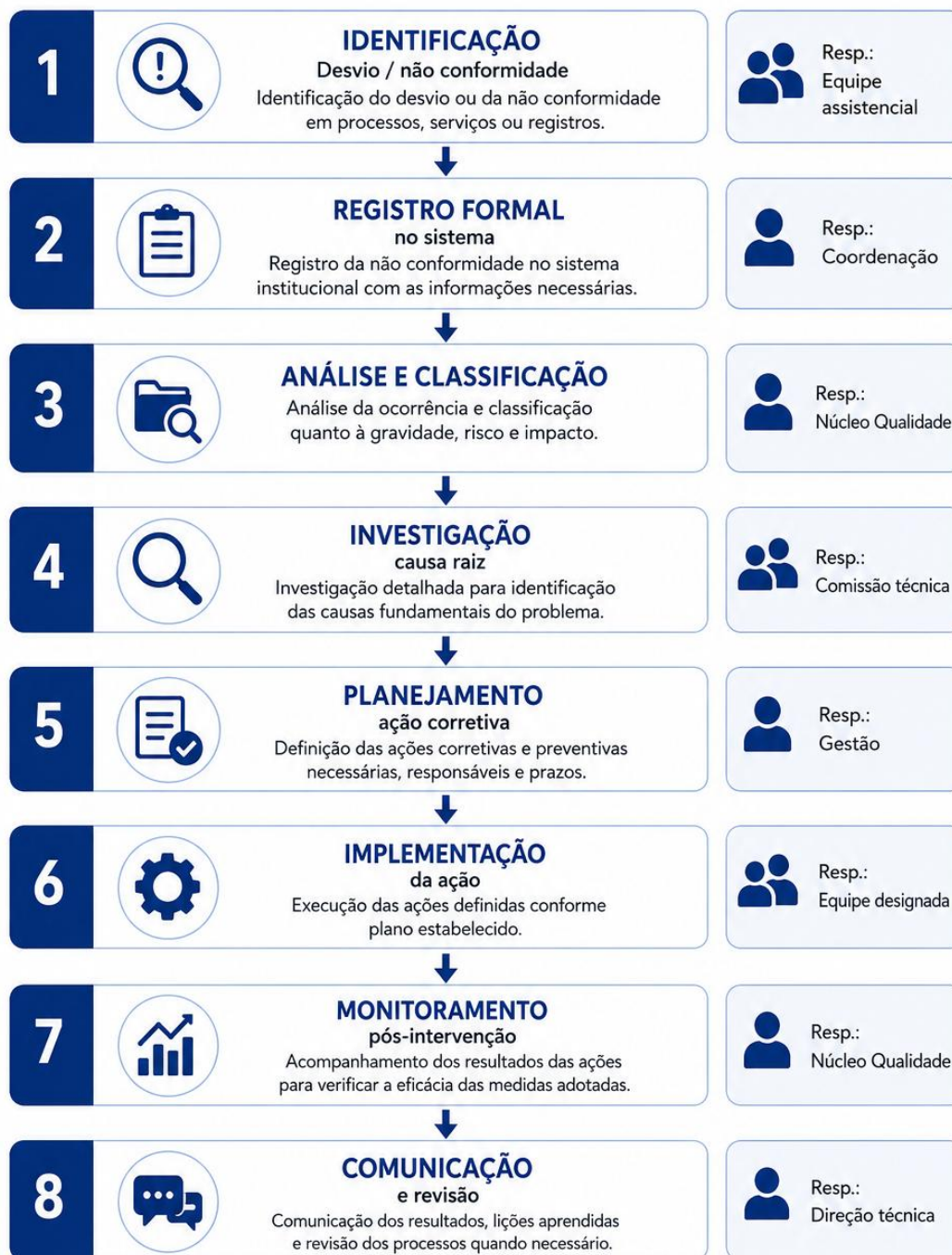
Toda metodologia é alinhada às exigências das Portarias do Ministério da Saúde (nº 529/2013, IN nº 2/2016), recomendações da Política Nacional de Segurança do Paciente, Rede Sentinela da ANVISA, além dos marcos normativos de gestão, controle social e auditoria do SUS. Prestação de contas dos resultados é garantida por relatórios periódicos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde e instâncias reguladoras.

Todas as etapas da metodologia de análise e tratamento de não conformidades e desvios de indicadores serão conduzidas por profissionais formalmente designados, sob supervisão direta da Gestão Local e com comunicação obrigatória à Secretaria Municipal de Saúde, conforme pactuação contratual.

ANÁLISE DE NÃO CONFORMIDADES

bm

FLUXO DE GESTÃO DE NÃO CONFORMIDADES



Objetivo: Tratar as não conformidades de forma sistemática, identificando causas, implementando ações eficazes e promovendo a melhoria contínua dos processos.

Os parâmetros e metas de desempenho, qualidade e produtividade utilizados como referencial para a identificação dos desvios seguirão rigorosamente aquelas estabelecidas tanto no Contrato de Gestão quanto nas portarias e instruções normativas do Ministério da Saúde e do SUS. O processo de monitoramento, análise e solução de não conformidades obedecerá periodização mínima mensal, com revisões trimestrais e anuais, assegurando acompanhamento contínuo e tempestivo dos dados institucionais.

Toda a gestão dos registros, notificações, intervenções e resultados será operacionalizada por meio de sistemas informatizados homologados, que garantam rastreabilidade, segurança da informação, controle de acesso, histórico operacional e integração com outros sistemas públicos de saúde. Os sistemas serão compatíveis com as exigências municipais, estaduais e federais, permitindo exportação, auditoria e prestação de contas conforme os padrões nacionais.

Os resultados das análises de não conformidades, ações corretivas tomadas, impacto nas metas e aprendizados institucionais serão integrados aos Relatórios Mensais, Quadrimestrais e Anuais obrigatórios, os quais serão encaminhados ao gestor municipal em formato exigido pelo edital. Para fortalecer a transparência e o compromisso com o controle social do SUS, os relatórios e aprendizados relevantes serão divulgados internamente a todos os profissionais da unidade e, sempre que pertinente, externamente à sociedade, respeitando os canais institucionais de comunicação e ouvidoria.

Por fim, todo o processo, documentação e resultados estarão integralmente disponíveis para auditoria interna e externa, verificação por órgãos de controle e inspeção do gestor público, salvo restrições legais e éticas relativas ao sigilo de informações pessoais. Essa estrutura assegura total aderência ao edital, à legislação vigente e às boas práticas de governança e gestão pública em saúde.

Cronograma de Implantação e Atividades

Período	Atividade	Responsável Principal	Observação
1º mês	Designação formal dos responsáveis e equipe	Gestor Local	Nomeação, portarias e apresentação oficial
1º mês	Capacitação da equipe sobre metodologia e registro de não conformidade	Coordenação	Treinamento inicial

1º mês	Definição e pactuação dos indicadores, metas e parâmetros de referência	Gestão/Estatística	Alinhamento ao Contrato de Gestão/SUS
1º mês	Parametrização dos sistemas de registro e elaboração/formalização dos instrumentos	TI/Administração	Integração dos fluxos e homologação
1º mês	Início da rotina de monitoramento e coleta de dados	Todos os setores	Coleta mensal já começa no 1º mês
1º mês	Implantação do fluxo de notificações e registro de não conformidade	Todos os setores	Sensibilização das equipes
1º mês	Consolidação e análise inicial dos indicadores	Estatística/Administração	Primeira análise conjunta
2º mês em diante	Análise de desvios, investigação de causas e registro formal	Setores/Qualidade	Para cada desvio identificado
2º mês em diante	Planejamento e implementação das ações corretivas	Setores Responsáveis	Ações a cada ciclo de não conformidade
2º mês em diante	Monitoramento pós-intervenção e reavaliação dos indicadores	Direção Técnica/Qualidade	Mensal/trimestral, conforme ocorrência
2º mês em diante	Elaboração e envio de relatórios mensais e anuais	Administração/Estatística	Até 10º dia útil, conforme Contrato de Gestão
2º mês em diante	Reuniões contínuas de revisão e atualização dos indicadores e metodologia	Gestão Local /Estatística	Revisão anual (ou conforme necessidade)

REFERÊNCIAS :

- BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.
- BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 529/2013 – POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.
- ANVISA. REDE SENTINELA. MANUAL DE IMPLANTAÇÃO (2010).
- IN Nº 2/2016 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO DO MS.
- MENDES, E.V. (2012). AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. BRASÍLIA: OPAS.
- SILVA, A.E.B.C. ET AL. (2015). SEGURANÇA DO PACIENTE, EVENTOS ADVERSOS E QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 20(3).
- DONABEDIAN, A. (1980). EXPLORATIONS IN QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING. VOLUME I: THE DEFINITION OF QUALITY AND APPROACHES TO ITS ASSESSMENT. ANN ARBOR, MI: HEALTH ADMINISTRATION PRESS.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2006). QUALITY OF CARE: A PROCESS FOR MAKING STRATEGIC CHOICES IN HEALTH SYSTEMS.
- SILVA, M.C.C. ET AL. (2015). NÃO CONFORMIDADES EM PROCESSOS HOSPITALARES: OPORTUNIDADES PARA O GERENCIAMENTO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE. REVISTA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, 9(2).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 529/2013. POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

6.1.10.2 Indicadores Propostos

Os indicadores apresentados neste item constituem instrumentos institucionais destinados ao monitoramento sistemático do desempenho assistencial, operacional, administrativo, financeiro e da qualidade dos serviços executados no âmbito do Contrato de Gestão. Sua finalidade é subsidiar o acompanhamento contínuo dos processos, apoiar a tomada de decisão gerencial, identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a governança institucional.

A proposta foi estruturada em conformidade com as diretrizes estabelecidas no Edital de Chamamento Público, contemplando indicadores claros, mensuráveis, comparáveis e alinhados aos princípios de eficiência, qualidade, produtividade, desempenho econômico-financeiro e resultados em saúde. A seleção dos indicadores observa critérios de relevância técnica, objetividade, rastreabilidade, disponibilidade das informações e viabilidade de monitoramento durante toda a execução contratual.

Cada indicador possui definição metodológica, critério de apuração, fonte de dados, periodicidade de monitoramento, responsável pela consolidação das informações e método de análise, assegurando uniformidade na coleta, consistência dos resultados e comparabilidade histórica.

A apuração será realizada por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e dos sistemas informatizados utilizados na gestão das unidades, conforme a natureza de cada indicador, garantindo integração das informações, confiabilidade dos registros e suporte aos processos de monitoramento, avaliação e prestação de contas previstos no Contrato de Gestão.

lcm

Os resultados serão consolidados em painéis gerenciais e relatórios técnicos periódicos, submetidos à análise das coordenações, da gestão local e da administração institucional, subsidiando a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

Metodologia para Definição e Monitoramento dos Indicadores Propostos

Todos os indicadores institucionais propostos serão estruturados segundo metodologia padronizada, assegurando uniformidade na coleta, processamento, análise e divulgação das informações. Os parâmetros metodológicos observarão critérios técnicos que permitam comparabilidade dos resultados ao longo da execução contratual, confiabilidade dos dados e integração com os sistemas oficiais de informação.

Elemento	Metodologia
Finalidade	Monitorar o desempenho assistencial, operacional, administrativo, financeiro e institucional das unidades sob gestão da Contratada.
Definição	Cada indicador possuirá conceito técnico padronizado, permitindo interpretação uniforme dos resultados.
Método de apuração	Cálculo por meio de fórmula previamente definida, composta por numerador, denominador, unidade de medida e critério de cálculo.
Fonte de dados	Sistemas oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, prontuário eletrônico, sistemas informatizados institucionais, relatórios gerenciais e registros administrativos, conforme a natureza do indicador.
Periodicidade	Diária, semanal, mensal, quadrimestral ou anual, conforme a finalidade do indicador e a necessidade gerencial.
Responsável pela apuração	Coordenação da área responsável pelo processo monitorado, com consolidação pela Gestão da Unidade.

Validação	Conferência dos dados pela gestão local antes da consolidação dos resultados institucionais.
Análise crítica	Avaliação periódica dos resultados, tendências, desvios e fatores intervenientes, realizada em reuniões gerenciais e técnicas.
Plano de ação	Elaboração de ações corretivas, preventivas ou de melhoria sempre que identificados resultados inferiores às metas estabelecidas ou tendências desfavoráveis.
Divulgação	Consolidação em painéis gerenciais, relatórios técnicos e instrumentos de acompanhamento destinados à gestão institucional e ao Contratante.
Revisão	Avaliação periódica da pertinência dos indicadores, considerando alterações normativas, necessidades institucionais e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Classificação dos Indicadores

Os indicadores propostos serão organizados em grupos temáticos, permitindo análise integrada dos processos e dos resultados alcançados durante a execução contratual.

- ✓ Indicadores de Eficiência.
- ✓ Indicadores de Qualidade.
- ✓ Indicadores de Produtividade.
- ✓ Indicadores de Resultados Clínicos e Sociais.
- ✓ Indicadores Econômico-financeiros.
- ✓ Indicadores de Governança e Gestão.

Cada grupo será composto por indicadores específicos, definidos de acordo com as características do objeto contratual, contemplando metodologia de cálculo, fonte de informação, periodicidade de monitoramento, responsável pela apuração e finalidade gerencial.

I. Indicadores de Eficiência

Os indicadores de eficiência têm por finalidade avaliar a utilização racional dos recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros

empregados na execução do Contrato de Gestão, permitindo acompanhar o desempenho dos processos administrativos e assistenciais, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar a adoção de medidas voltadas ao aumento da produtividade e da sustentabilidade operacional.

Am



INDICADORES DE EFICIÊNCIA

Os indicadores de eficiência têm por finalidade avaliar a utilização racional dos recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros empregados na execução do Contrato de Gestão.



Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	 Índice de Atendimento das Solicitações Internas	Avalia a capacidade da unidade em atender tempestivamente as demandas dos setores assistenciais e administrativos.	$\frac{\text{(Solicitações atendidas no prazo)}}{\text{Total de solicitações}} \times 100$	Mensal	Sistema informatizado institucional	Sistema informatizado institucional
2	 Índice de Disponibilidade de Insumos Críticos	Monitora a manutenção dos estoques estratégicos necessários à continuidade da assistência.	$\frac{\text{(Dias sem ruptura de estoque)}}{\text{Dias do período}} \times 100$	Mensal	Sistema de Almoxarifado / Farmácia	Sistema de Almoxarifado / Farmácia e SIA/SUS*
3	 Índice de Execução do Plano de Manutenção Preventiva	Avalia a execução das manutenções programadas para equipamentos e infraestrutura.	$\frac{\text{(Manutenções preventivas executadas)}}{\text{Manutenções programadas}} \times 100$	Mensal	Sistema de Manutenção	Sistema de Manutenção e CNES
4	 Índice de Absenteísmo dos Colaboradores	Permite monitorar o impacto das ausências sobre a capacidade operacional da unidade.	$\frac{\text{(Horas de ausência)}}{\text{Horas previstas de trabalho}} \times 100$	Mensal	Sistema de Recursos Humanos	eSocial / Sistema de RH
5	 Tempo Médio de Atendimento das Solicitações Administrativas	Avalia a eficiência dos processos administrativos internos.	$\frac{\text{Soma do tempo de atendimento das solicitações}}{\text{Número de solicitações concluídas}}$	Mensal	Sistema de Gestão Administrativa	Sistema informatizado institucional
6	 Índice de Conformidade dos Processos Administrativos	Avalia a aderência dos processos às normas institucionais e aos procedimentos estabelecidos.	$\frac{\text{(Processos conformes)}}{\text{Processos auditados}} \times 100$	Mensal	Auditorias Internas	Sistema informatizado institucional



Integração com os sistemas de informação: Os indicadores de eficiência serão apurados mediante utilização dos sistemas informatizados institucionais e, quando aplicável, dos sistemas oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, garantindo a rastreabilidade das informações, a padronização dos registros e a comparabilidade histórica dos resultados.

*SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de eficiência serão apurados mediante utilização dos sistemas informatizados institucionais e, quando aplicável, dos sistemas oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando a rastreabilidade das informações, a padronização dos registros e a comparabilidade histórica dos resultados.

II. Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade têm por finalidade avaliar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos, a adesão aos protocolos institucionais, a segurança do paciente, a satisfação dos usuários e a efetividade das ações implementadas, subsidiando a melhoria contínua dos serviços prestados.

am

INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores de qualidade têm por finalidade avaliar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos, a segurança do paciente, a satisfação dos usuários e a efetividade das ações implementadas.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	 Índice de Conformidade dos Prontuários e Registros Assistenciais	Avalia a completude, legibilidade e conformidade dos registros assistenciais, contribuindo para a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.	(Registros conformes + Registros auditados) x 100	Mensal	Prontuário eletrônico, auditoria de prontuários	Prontuário eletrônico e sistema institucional
2	 Índice de Adesão aos Protocolos Institucionais	Monitora o cumprimento dos protocolos assistenciais, administrativos e operacionais instituídos pela organização.	(Processos aderentes + Processos avaliados) x 100	Mensal	Auditorias internas, Núcleo da Qualidade	Sistema da Qualidade e institucional
3	 Taxa de Incidentes com Dano	Permite acompanhar a ocorrência de eventos adversos com dano ao usuário e avaliar a efetividade das ações de segurança do paciente.	(Incidentes com dano ÷ Total de atendimentos) x 1.000	Mensal	Sistema de notificação de incidentes	Sistema de Segurança do Paciente e institucional
4	 Índice de Satisfação dos Usuários	Avalia a percepção dos usuários quanto ao atendimento recebido, acolhimento, organização e resolutividade dos serviços.	(Usuários satisfeitos ÷ Total de pesquisas respondidas) x 100	Mensal	Pesquisa de satisfação / Ouvidoria	Sistema de Ouvidoria e institucional
5	 Índice de Resolução das Manifestações da Ouvidoria	Monitora a capacidade institucional de responder tempestivamente às manifestações registradas pelos usuários.	(Manifestações respondidas no prazo ÷ Total de manifestações) x 100	Mensal	Sistema de Ouvidoria	Sistema de Ouvidoria e institucional
6	 Índice de Implementação dos Planos de Ação	Avalia a efetividade da gestão das não conformidades mediante acompanhamento das ações corretivas e preventivas planejadas.	(Planos concluídos ÷ Planos elaborados) x 100	Mensal	Sistema da Qualidade / Plano de Ação	Sistema da Qualidade e institucional

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de qualidade serão consolidados a partir dos registros assistenciais, sistemas informatizados institucionais, prontuários eletrônicos, sistemas de notificação de incidentes, ouvidoria, auditorias internas e demais instrumentos de monitoramento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Contratada, permitindo análise histórica, rastreabilidade das informações e apoio à tomada de decisão.



Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de qualidade serão consolidados a partir dos registros assistenciais, sistemas informatizados institucionais, prontuários eletrônicos, sistemas de notificação de incidentes, ouvidoria, auditorias internas e demais instrumentos de monitoramento adotados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Contratada, permitindo análise histórica, rastreabilidade das informações e apoio à tomada de decisão.

III. Indicadores de Produtividade

Os indicadores de produtividade têm por finalidade monitorar o volume de serviços executados, a capacidade operacional das equipes e a utilização da estrutura instalada, permitindo avaliar o desempenho dos processos assistenciais e administrativos, identificar variações da demanda e subsidiar o planejamento da força de trabalho e dos recursos disponíveis.

Am



INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

Os indicadores de produtividade têm por finalidade monitorar o volume de serviços executados, a capacidade operacional das equipes e a utilização da estrutura instalada, permitindo avaliar o desempenho dos processos assistenciais e administrativos, identificar variações da demanda e subsidiar o planejamento da força de trabalho e dos recursos disponíveis.



Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	 Índice de Cumprimento da Programação Assistencial	Avalia o cumprimento da programação física estabelecida para a unidade, permitindo acompanhar a capacidade de execução dos serviços contratados.	$\frac{\text{Produção realizada}}{\text{Produção programada}} \times 100$	Mensal	Sistemas oficiais de produção e relatórios gerenciais	SISAB, e-SUS, SIA/SUS, BPA-I e sistema institucional
2	 Índice de Aproveitamento da Capacidade Operacional	Monitora a utilização da estrutura física, tecnológica e dos recursos humanos disponíveis para execução dos serviços.	$\frac{\text{Produção realizada}}{\text{Capacidade operacional estimada}} \times 100$	Mensal	Sistema informatizado institucional	Sistemas institucionais de gestão operacional
3	 Produtividade Média por Profissional Assistencial	Permite avaliar o desempenho das equipes assistenciais, considerando o volume de atendimentos executados por profissional.	$\frac{\text{Total de atendimentos realizados}}{\text{Número de profissionais assistenciais}}$	Mensal	Sistemas assistenciais e CNES	e-SUS, CNES e sistema institucional
4	 Índice de Cumprimento das Agendas Programadas	Avalia a efetividade da execução das agendas assistenciais previstas para o período.	$\frac{\text{Agendas executadas}}{\text{Agendas programadas}} \times 100$	Mensal	Sistema de agendamento / Sistema institucional	Sistema de agendamento e-SUS e sistema institucional
5	 Índice de Absenteísmo dos Usuários	Monitora o percentual de faltas aos atendimentos agendados, subsidiando ações de confirmação, remarcação e busca ativa.	$\frac{\text{Usuários faltosos}}{\text{Atendimentos agendados}} \times 100$	Mensal	Sistema de agendamento	Sistema de agendamento e-SUS e sistema institucional
6	 Índice de Retrabalho Administrativo	Avalia a necessidade de correção ou reprocessamento de documentos e registros administrativos, permitindo identificar oportunidades de melhoria dos processos internos.	$\frac{\text{Registros corrigidos}}{\text{Registros processados}} \times 100$	Mensal	Auditorias administrativas e sistema institucional	Sistema institucional

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores de produtividade serão consolidados a partir dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, dos sistemas disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e dos sistemas informatizados institucionais utilizados para registro da produção assistencial, programação das atividades e gestão operacional, assegurando confiabilidade dos dados, comparabilidade histórica e suporte à tomada de decisão gerencial.



Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de produtividade serão consolidados a partir dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, dos sistemas disponibilizados pela

Secretaria Municipal de Saúde e dos sistemas informatizados institucionais utilizados para registro da produção assistencial, programação das atividades e gestão operacional, assegurando confiabilidade dos dados, comparabilidade histórica e suporte à tomada de decisão gerencial.

IV. Indicadores de Resultados Clínicos e Sociais

Os indicadores de resultados clínicos e sociais têm por finalidade avaliar os impactos das ações desenvolvidas sobre a saúde da população assistida, a efetividade das intervenções realizadas, a resolutividade da assistência e a integração dos serviços com a Rede de Atenção à Saúde.

lrm



SANTA CASA
São Bernardo do Campo



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CNPJ: 47.708.771/0001-00

INDICADORES DE RESULTADOS CLÍNICOS E SOCIAIS

Os indicadores de resultados clínicos e sociais têm por finalidade avaliar os impactos das ações desenvolvidas sobre a saúde da população assistida, a efetividade das intervenções realizadas, a resolutividade da assistência e a integração dos serviços com a Rede de Atenção à Saúde.



SANTA CASA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
— DESDE 1939 —

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	 Índice de Resolutividade Assistencial	Avalia a capacidade da unidade em resolver as demandas apresentadas pelos usuários sem necessidade de encaminhamentos evitáveis.	$\frac{\text{Atendimentos resolvidos na unidade}}{\text{Total de atendimentos}} \times 100$	Mensal	Sistemas oficiais de produção, prontuário eletrônico e relatórios gerenciais	e-SUS, SISAB, BPA-I e sistema institucional
2	 Índice de Continuidade do Cuidado	Monitora o acompanhamento dos usuários conforme os fluxos assistenciais estabelecidos para cada linha de cuidado.	$\frac{\text{Usuários acompanhados conforme protocolo}}{\text{Usuários elegíveis}} \times 100$	Mensal	Prontuário eletrônico e sistema institucional	e-SUS, SISAB e sistema institucional
3	 Índice de Adesão ao Plano Terapêutico	Avalia a continuidade da assistência e o cumprimento das condutas propostas pela equipe multiprofissional.	$\frac{\text{Usuários aderentes}}{\text{Usuários acompanhados}} \times 100$	Mensal	Prontuário eletrônico e registros das equipes	e-SUS, SISAB e sistema institucional
4	 Índice de Encaminhamentos Regulados Concluídos	Monitora a efetividade dos encaminhamentos realizados para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.	$\frac{\text{Encaminhamentos concluídos}}{\text{Encaminhamentos realizados}} \times 100$	Mensal	Sistema de Regulação e relatórios gerenciais	SISREG, e-SUS e sistema institucional
5	 Índice de Reinternação ou Reatendimento Não Programado*	Permite avaliar a efetividade da assistência prestada e a resolutividade dos serviços.	$\frac{\text{Usuários com reatendimento no período}}{\text{Total de usuários atendidos}} \times 100$	Mensal	Sistema informatizado institucional, prontuário eletrônico e CNES	e-SUS, SISAB e sistema institucional
6	 Índice de Satisfação Geral dos Usuários	Avalia a percepção global dos usuários sobre acesso, acolhimento, resolutividade e qualidade da assistência.	$\frac{\text{Usuários satisfeitos}}{\text{Pesquisas respondidas}} \times 100$	Mensal	Pesquisa de satisfação / Ouvidoria	Ouvidoria e sistema institucional

 **Integração com os Sistemas de Informação:** Os indicadores de resultados clínicos e sociais utilizarão informações provenientes dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, prontuários eletrônicos, sistemas de regulação, pesquisas de satisfação e demais bases institucionais, assegurando rastreabilidade, comparabilidade e monitoramento contínuo dos resultados assistenciais.

* O conceito de reatendimento será adaptado à natureza do serviço executado, observando as características operacionais de cada lote e os critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

* O conceito de reatendimento será adaptado à natureza do serviço executado, observando as características operacionais de cada lote e os critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de resultados clínicos e sociais utilizarão informações provenientes dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, prontuários eletrônicos, sistemas de regulação, pesquisas de satisfação e demais bases institucionais, assegurando rastreabilidade, comparabilidade e monitoramento contínuo dos resultados assistenciais.

V. Indicadores Econômico- de financeiros

Os indicadores econômico-financeiros têm por finalidade monitorar a adequada aplicação dos recursos públicos, a eficiência da execução orçamentária, a conformidade da prestação de contas e a sustentabilidade financeira da execução contratual, subsidiando a gestão responsável dos recursos e o cumprimento das obrigações pactuadas.

Am



SANTA CASA
São Bernardo do Campo



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CNPJ: 47.708.771/0001-00

INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS

Os indicadores econômico-financeiros têm por finalidade monitorar a adequada aplicação dos recursos públicos, a eficiência da execução orçamentária, a conformidade da prestação de contas e a sustentabilidade financeira da execução contratual, subsidiando a gestão responsável dos recursos e o cumprimento das obrigações pactuadas.



Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	 Índice de Execução Orçamentária	Avalia a compatibilidade entre os recursos planejados e efetivamente executados durante o período.	$\left(\frac{\text{Despesa executada}}{\text{Despesa orçada}} \right) \times 100$	Mensal	Sistema financeiro e contábil	Sistema financeiro, contábil e relatórios gerenciais
2	 Índice de Conformidade da Prestação de Contas	Monitora a regularidade da documentação apresentada ao Contratante e aos órgãos de controle.	$\left(\frac{\text{Documentos conformes}}{\text{Documentos analisados}} \right) \times 100$	Mensal	Prestação de contas e auditorias	Sistema de prestação de contas e portal do Contratante
3	 Índice de Liquidação no Prazo	Avalia a eficiência do processamento das obrigações financeiras da instituição.	$\left(\frac{\text{Pagamentos realizados no prazo}}{\text{Pagamentos previstos}} \right) \times 100$	Mensal	Sistema financeiro	Sistema financeiro e portal do Contratante
4	 Índice de Glosas Administrativas	Monitora perdas financeiras decorrentes de inconsistências administrativas ou documentais.	$\left(\frac{\text{Valor glosado}}{\text{Valor apresentado}} \right) \times 100$	Mensal	Auditoria e faturamento	Sistema de faturamento e auditoria
5	 Índice de Economicidade das Aquisições	Avalia a eficiência dos processos de aquisição mediante comparação entre valores contratados e estimados.	$\left(\frac{\text{Economia obtida}}{\text{Valor estimado}} \right) \times 100$	Mensal	Compras e contratos	Sistema de compras e gestão de contratos
6	 Índice de Regularidade Contratual	Monitora o cumprimento dos prazos legais relacionados aos contratos administrativos e documentos obrigatórios.	$\left(\frac{\text{Obrigações cumpridas}}{\text{Obrigações previstas}} \right) \times 100$	Mensal	Gestão de contratos	Sistema de gestão de contratos e documentos

Integração com os Sistemas de Informação: Os indicadores econômico-financeiros serão apurados por meio dos sistemas informatizados de gestão financeira, contábil, compras, contratos e patrimônio, complementados pelos documentos da prestação de contas e pelas informações disponibilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade, transparência e conformidade dos registros.



am

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores econômico-financeiros serão apurados por meio dos sistemas informatizados de gestão financeira, contábil, compras, contratos e patrimônio, complementados pelos documentos da prestação de contas e pelas informações disponibilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, assegurando rastreabilidade, transparência e conformidade dos registros.

VI. Indicadores de Expansão

Os indicadores de expansão têm por finalidade monitorar a ampliação da capacidade operacional, da cobertura assistencial, do acesso da população aos serviços de saúde e da implantação das ações previstas no Contrato de Gestão. Esses indicadores subsidiam o planejamento institucional, a avaliação da evolução da oferta de serviços e o acompanhamento da implementação das estratégias destinadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema Único de Saúde.

INDICADORES DE EXPANSÃO – LOTE 1 (ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE)

Nº	INDICADOR	MÉTODO DE APURAÇÃO	FONTE DE DADOS	PERIODICIDADE	FINALIDADE
1	Cobertura da População Cadastrada	$(\text{População cadastrada} \div \text{População estimada da área de abrangência}) \times 100$	e-SUS APS / Cadastros territoriais	Mensal	Monitorar a ampliação da cobertura cadastral da população adscrita.
2	Expansão do Cadastro Individual	Número de novos cadastros individuais realizados no período	e-SUS APS	Mensal	Avaliar a incorporação de novos usuários à rede municipal.
3	Expansão do Cadastro Domiciliar e Territorial	Número de novos domicílios cadastrados no período	e-SUS APS	Mensal	Monitorar a ampliação da cobertura territorial das equipes.
4	Ampliação do Acesso às Consultas	$((\text{Consultas realizadas no período atual} - \text{Consultas do período anterior}) \div \text{Consultas do período anterior}) \times 100$	Sistema informatizado / e-SUS APS	Mensal	Avaliar o crescimento da oferta assistencial.
5	Ampliação das Ações Coletivas	Número de ações coletivas realizadas no período	Relatórios institucionais / e-SUS APS	Mensal	Monitorar a expansão das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.
6	Implantação de Novos Serviços ou Processos Assistenciais	$(\text{Serviços ou processos implantados} + \text{Serviços previstos no Plano de Implantação}) \times 100$	Relatórios gerenciais	Trimestral	Acompanhar a implantação das ações previstas no Plano de Trabalho.
7	Ampliação do Horário de Atendimento	$(\text{Unidades com horário ampliado implantado} \div \text{Unidades previstas}) \times 100$	Relatórios operacionais	Trimestral	Monitorar a implantação do atendimento em horário estendido previsto contratualmente.
8	Expansão das Atividades de Educação em Saúde	Número de atividades educativas realizadas no período	Relatórios das equipes	Mensal	Avaliar o crescimento das ações educativas desenvolvidas junto à comunidade.
9	Ampliação da Cobertura das Visitas Domiciliares	$((\text{Visitas domiciliares realizadas no período atual} - \text{período anterior}) \div \text{período anterior}) \times 100$	e-SUS APS	Mensal	Monitorar a expansão das ações extramuros das equipes.
10	Expansão da Saúde Digital	$(\text{Teleatendimentos ou teleconsultorias realizadas} \div \text{Total de atendimentos elegíveis}) \times 100$	Sistema informatizado	Mensal	Avaliar a incorporação de ferramentas de saúde digital, quando previstas.

Observação: Os indicadores poderão ser ajustados ou complementados conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e necessidades gerenciais.

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de expansão serão apurados mediante a utilização dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, dos sistemas disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e dos sistemas informatizados institucionais empregados na gestão das unidades. Serão consideradas, conforme a natureza de cada indicador, as informações registradas no e-SUS APS, no prontuário eletrônico, nos cadastros individuais, domiciliares e territoriais, nos sistemas de agendamento e produção assistencial e nos relatórios gerenciais e operacionais.

A integração dessas bases permitirá acompanhar a evolução da população cadastrada, da cobertura territorial, da oferta de atendimentos, das ações coletivas, das visitas domiciliares, dos horários ampliados, da implantação de novos processos assistenciais e da utilização de ferramentas de saúde digital, quando aplicável.

Os dados serão periodicamente conferidos e consolidados pela gestão das unidades, assegurando rastreabilidade, consistência das informações, comparabilidade histórica e identificação de variações relacionadas à ampliação da capacidade operacional e do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde. Os resultados subsidiarão o planejamento das ações, o dimensionamento dos recursos, a avaliação da implantação das estratégias previstas e a tomada de decisão conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde.

VII. Indicadores de Governança e Gestão

Os indicadores de governança e gestão destinam-se ao acompanhamento da maturidade dos processos institucionais, da efetividade dos mecanismos de controle interno, da gestão de riscos, da melhoria contínua e do cumprimento das diretrizes estabelecidas para a execução do Contrato de Gestão.

Am

INDICADORES DE GOVERNANÇA E GESTÃO

Os indicadores de governança e gestão destinam-se ao acompanhamento da maturidade dos processos institucionais, da efetividade dos mecanismos de controle interno, da gestão de riscos, da melhoria contínua e do cumprimento das diretrizes estabelecidas para a execução do Contrato de Gestão.

Nº	INDICADOR	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	MÉTODO DE APURAÇÃO (FÓRMULA)	PERIODICIDADE	FONTE DE DADOS	SISTEMA DE INTEGRAÇÃO
1	 Índice de Execução dos Planos de Ação	Avalia o cumprimento das ações corretivas e preventivas definidas pela gestão institucional, assegurando melhoria contínua dos processos.	(Planos concluídos ÷ Planos programados) x 100	Mensal	Sistema da Qualidade / Plano de Ação	Sistema da Qualidade e gestão institucional
2	 Índice de Cumprimento da Educação Permanente	Monitora a execução da programação anual de capacitação dos colaboradores, visando o desenvolvimento de competências e a qualidade dos serviços prestados.	(Capacitações realizadas ÷ Capacitações programadas) x 100	Mensal	Educação Permanente e Sistema de RH	Sistema de RH e Educação Permanente
3	 Índice de Conformidade das Auditorias Internas	Avalia a efetividade dos controles internos e a aderência dos processos institucionais às normas e procedimentos estabelecidos.	(Itens conformes ÷ Itens auditados) x 100	Mensal	Auditorias internas e relatórios	Sistema da Qualidade e auditoria
4	 Índice de Implementação das Melhorias Institucionais	Monitora a execução das oportunidades de melhoria identificadas nas avaliações, auditorias e indicadores institucionais.	(Melhorias implementadas ÷ Melhorias propostas) x 100	Mensal	Sistema da Qualidade / Relatórios gerenciais	Sistema da Qualidade e gestão institucional
5	 Índice de Gestão de Riscos	Avalia o tratamento dos riscos institucionais identificados, reduzindo a probabilidade de eventos que impactem os objetivos da organização.	(Riscos tratados ÷ Riscos identificados) x 100	Mensal	Matriz de Riscos / Relatórios de gestão	Sistema da Qualidade e gestão de riscos
6	 Índice de Cumprimento dos Relatórios Gerenciais	Monitora a elaboração e entrega dos relatórios previstos para acompanhamento do Contrato de Gestão e tomada de decisão.	(Relatórios entregues no prazo ÷ Relatórios previstos) x 100	Mensal	Gestão institucional / Planejamento	Sistema informatizado institucional

 **Integração com os Sistemas de Informação:** Os indicadores de governança e gestão serão monitorados mediante utilização dos sistemas institucionais de gestão da qualidade, auditoria, gestão de riscos, educação permanente, controle documental e demais ferramentas administrativas adotadas pela Contratada, permitindo avaliação contínua do desempenho institucional e apoio ao processo decisório.

Assinatura

Integração com os Sistemas de Informação

Os indicadores de governança e gestão serão monitorados mediante utilização dos sistemas institucionais de gestão da qualidade, auditoria, gestão de riscos, educação permanente, controle documental e demais ferramentas administrativas adotadas pela Contratada, permitindo avaliação contínua do desempenho institucional e apoio ao processo decisório.

Considerações Finais

Os indicadores institucionais apresentados complementam o conjunto de indicadores e metas estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato de Gestão, os quais permanecerão como instrumentos obrigatórios de monitoramento da execução contratual. O presente Plano de Trabalho contempla, ainda, metodologia específica para monitoramento sistemático dos indicadores, análise crítica dos resultados, identificação e tratamento das inconformidades, definição de planos de ação, acompanhamento das medidas corretivas e monitoramento da efetividade das ações implementadas, assegurando a melhoria contínua dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais.

6.1.10.3 Metas e Indicadores Contratuais

As metas e os indicadores apresentados neste subitem correspondem aos parâmetros estabelecidos no Edital de Chamamento Público e constituem os instrumentos de monitoramento e avaliação do desempenho da execução contratual. Sua finalidade é subsidiar o acompanhamento sistemático dos resultados assistenciais, operacionais e gerenciais, por meio de indicadores quantitativos e qualitativos previamente definidos pelo Poder Público, possibilitando a verificação do cumprimento das metas pactuadas, da qualidade dos serviços prestados e da adequada aplicação dos recursos públicos,

observados os critérios de avaliação e as regras de monitoramento previstas no Contrato de Gestão.

METAS E INDICADORES

Considerando as diretrizes da políticas públicas de saúde, política Nacional de Atenção Básica (PNB, 2017), das diretrizes de co-financiamento do governo federal (antigo Previne Brasil), governo estadual (IGM-SUS Paulista) e o desempenho das metas quantitativas e qualitativas previstas no contrato de gestão, segue quadro de metas quantitativas e qualitativas visando melhor eficiência na prestação de serviços, fortalecimento no financiamento do fundo municipal de saúde e garantia do acesso e a assistência à saúde com qualidade.

METAS E INDICADORES DE PRODUÇÃO (QUANTITATIVOS)

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO deverá seguir as diretrizes dos indicadores do financiamento federal e estadual ao fundo municipal de saúde, Programação Anual de Saúde, Plano Municipal de Saúde, entre outros, no que tange à Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. Será necessário alcançar no mínimo, 80% da meta de cada indicador, considerando os profissionais contratados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

QUADRO DE META QUANTITATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — ESF/EAP'					
Procedimento	Categoria	Carga horária semanal	Meta de Produção	Parametro	Meta
Consulta	Generalista	40	320	100%	80%
Visita Domiciliar	Generalista	40	16		
Reunião de Equipe	Generalista	40	1		
Consulta	Generalista	20	160		
Consulta	Especialidades Médicas	-	600		
Consulta	Enfermeiro	40	100		
Visita Domiciliar	Enfermeiro	40	16		
Grupo Educativo/Terapêutico	Enfermeiro	40	4		
Reunião de Equipe	Enfermeiro	40	1		
Consulta - Primeira Consultas	Dentista	40	160		

Consulta - Tratamento Concluído	Dentista	40	100
Grupo Educativo/Terapêutico	Dentista	40	4
Reunião de Equipe	Dentista	40	1
Consulta	Farmacêutico	40	10
Grupo Educativo/Terapêutico	Farmacêutico	40	4
Reunião de Equipe	Farmacêutico	40	1
Grupo Educativo/Terapêutico	EMULTI	-	40

Considera-se médicos que compõe a equipe EAP (Generalista, Clínico Geral, Pediatra e Ginecologista).

METAS E INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

Nº	Ação Estratégica	Descrição da Meta	Numerador	Denominador	Parâmetro	Meta
1	Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos 07 (seis) consultas de pré-natal realizadas. Sendo a primeira consulta até a 12ª semana de gestação.	Quantidade de gestantes cadastradas com pré-natal finalizado com pelo menos 7 consultas de pré-natal, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.	Quantidade de gestantes cadastradas com gestações finalizadas no mês	100%	60%
2	Pré-natal	Proporção de gestantes com realização de 3 exames para sífilis e HIV.	Quantidade de gestantes cadastradas com pré-natal finalizado com realização de 3 exames para sífilis e HIV.	Quantidade de gestantes cadastradas com gestações finalizadas no mês	100%	70%

3	Pré-natal	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Quantidade de gestantes cadastradas com pré-natal finalizado com atendimento odontológico realizado.	Quantidade de gestantes cadastradas com gestações finalizadas no mês	100%	70%
4	Saúde da Mulher	Exames citopatológicos do colo do útero solicitado/avaliado a cada 3 anos (36 meses) em mulheres de 25 a 64 anos.	Quantidade de exames citopatológicos solicitado/avaliado em mulheres de 25 a 64 anos.	Quantidade da população feminina cadastradas na faixa etária de 25 a 64 anos dividido por 36.	100%	40%
5	Saúde da Mulher	Exames de Mamografia solicitado/avaliado a cada 2 anos (24 meses) em mulheres de 50 a 74 anos.	Quantidade de exames de Mamografia solicitado/avaliado a cada 2 anos (24 meses) em mulheres de 50 a 74 anos.	Quantidade da população feminina cadastradas na faixa etária de 50 a 74 anos dividido por 24.	100%	40%
6	Saúde da Criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e Pentavalente	Quantidade de crianças com mais de 6 meses e menores de ano de idade com 3 doses de vacina Poliomielite inativada e 3 doses de Pentavalente.	Quantidade de crianças com mais de 6 meses e menores de ano de idade.	100%	90%

Am

7	HAS	Percentual de hipertensos com Pressão Arterial aferida em cada semestre	Quantidade de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	Quantidade total de pessoas cadastradas hipertensas no semestre	100%	50%
8	DIA	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada em cada semestre	Quantidade de pessoas diabéticas com solicitação/avaliação de hemoglobina glicada no semestre	Quantidade total de pessoas cadastradas diabéticas no semestre	100%	50%
9	Equipe ESF	Garantir equipe mínima, conforme diretrizes do ministério da saúde, das 24 equipes eSF – Equipe Saúde da Família			100%	100 %
10	Equipe EAP	Garantir equipe mínima, conforme diretrizes do ministério da saúde, das 11 equipes eAP – Equipe de Atenção Básica			100%	100 %
11	Equipe ESB	Garantir equipe mínima, conforme diretrizes do ministério da			100%	100 %

Am

		saúde, das 07 equipes eSB – Equipe de Saúde Bucal				
1 2	Equipe Multiprofissional	Garantir equipe mínima, conforme diretrizes do ministério da saúde da EMulti – Equipe Multiprofissional.			100%	100 %
1 3	Atualização CNES	Entrega mensal do relatório do CNES atualizado por unidade			100%	100 %
1 4	Registro da Produção	Enviar a produção para o sistema oficial do ministério da saúde (ESUS) até a data limite especificada pelo município.			100%	100 %
1 5	Satisfação do usuário	Pesquisa de satisfação do usuário realizada mensalmente, com satisfação de Ótimo e Bom.			100%	80%
1 6	Gestão do Absenteísmo	Entrega mensal do relatório de justificativa do absenteísmo nos			100%	100 %

bm

		agendamentos da atenção secundária				
17	Educação Permanente	Realizar 1 ação de educação permanente conforme planejamento e necessidade da instituição e município			100%	100%
18	Controle Social	Participação de representante da instituição nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde			100%	100%
19	Informatização das Unidades	Manter a informatização das unidades com sistema próprio e integrado ao e-SUS			100%	100%
20	Responsabilidade de Técnica COREN	Manter a unidade com profissional habilitado e responsável técnico registrado no Conselho Regional de Enfermagem			100%	100%

Am

2 1	Responsabilidade de Técnica CRF	Manter a unidade com profissional habilitado e responsável técnico registrado no Conselho Regional de Farmácia			100%	100 %
2 2	Responsabilidade de Técnica CRO	Manter a unidade com profissional habilitado e responsável técnico registrado no Conselho Regional de Odontologia			100%	100 %
2 3	Prestação de contas financeira e assistencial	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestações de contas até o dia 20 do mês subsequente.			100%	100 %

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde realizará supervisão e avaliação periódica do desenvolvimento da Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família, através da Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde.

A Comissão de Avaliação procederá à avaliação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

A avaliação restringir-se á aos resultados obtidos na execução do Contrato de Gestão, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

Os indicadores deverão ser readequados e/ou reformulados quadrimestralmente, ou a qualquer tempo, de acordo com as necessidades* identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde. A Comissão de Avaliação deverá elaborar relatório quadrimestralmente, em duas vias, e enviá-las ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde, para os devidos encaminhamentos.

Sistema remuneratório baseado em atendimento de metas: Caso a média das metas esteja abaixo da meta estipulada no quadro de metas e não haja justificativa plausível, haverá incidência de desconto financeiro proporcional sobre 10% do valor global do contrato de gestão.

TABELA DE DESCONTO DAS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS		
Faixa	Percentual	Desconto
1	80 a 100%	0%
2	60 a 79%	10%
3	40 a 59%	25%
4	0 a 39%	100%

Am

7 E2- DESCRIÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS

7.1 A. Apresentar dimensionamento de profissionais compatíveis com o quadro mínimo apresentado em Edital, para a execução do objeto, apresentando, regime de contratação, jornada, cargos e estimativa de despesas

- 1. Dimensionamento de Recursos Humanos**

Am

COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	AGENTE COMUNITÁRIO PMO	AGENTE ADMINISTRATIVO PMO	ALMOXARIFE	ANALISTA ADMINISTRATIVO	ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PMO
1. Salário Base			R\$ 2.000,00		R\$ 4.783,76	R\$ 3.154,03	
2. Adicional de Insalubridade			R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20	
3. Adicional Noturno							
4. Encargos Sociais e Trabalhistas			R\$ 185,94		R\$ 408,64	R\$ 278,26	
5. Benefícios			R\$ 669,12		R\$ 547,12	R\$ 599,88	
6. Provisões de 13º Salário, Férias e Encargos			R\$ 341,66		R\$ 750,87	R\$ 511,30	
7. Provisão para Rescisão Contratual			R\$ 129,68		R\$ 284,98	R\$ 194,05	
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)							
9. Outros Custos Diretos (Justificar)							
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R\$)			R\$ 2.324,20		R\$ 5.107,96	R\$ 3.478,23	
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	103	1	1		1	11	2
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R\$)			R\$ 3.650,60		R\$ 7.099,57	R\$ 55.678,92	
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R\$)			R\$ 43.807,20		R\$ 85.194,84	R\$ 668.147,04	
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO / CARGA HORÁRIA SEMANAL	PMO	PMO	CLT (40 HRS)		CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO

ASSISTENTE CONTÁBIL	ASSISTENTE DE COMPRAS	ASSISTENTE DE COMUNICAÇÃO	ASSISTENTE DE FATURAMENTO	ASSISTENTE DE QUALIDADE	ASSISTENTE FINANCEIRO	ASSISTENTE RECURSOS HUMANOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PMO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM PMO
R\$ 3.532,20	R\$ 3.532,20	R\$ 3.154,03	R\$ 5.200,00	R\$ 4.000,00	R\$ 2.935,04	R\$ 3.154,03	R\$ 1.854,72		
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20		
R\$ 308,51	R\$ 308,51	R\$ 278,26	R\$ 441,94	R\$ 345,94	R\$ 260,74	R\$ 278,26	R\$ 174,31		
R\$ 577,19	R\$ 577,19	R\$ 599,88	R\$ 547,12	R\$ 549,12	R\$ 613,02	R\$ 599,88	R\$ 677,84		
R\$ 566,90	R\$ 566,90	R\$ 511,30	R\$ 812,06	R\$ 635,67	R\$ 479,11	R\$ 511,30	R\$ 320,31		
R\$ 215,15	R\$ 215,15	R\$ 194,05	R\$ 308,20	R\$ 241,25	R\$ 181,84	R\$ 194,05	R\$ 121,56		
R\$ 3.856,40	R\$ 3.856,40	R\$ 3.478,23	R\$ 5.524,20	R\$ 4.324,20	R\$ 3.259,24	R\$ 3.478,23	R\$ 2.178,92		
1	1	1	1	1	1	1	42	2	5
R\$ 5.524,15	R\$ 5.524,15	R\$ 5.061,72	R\$ 7.633,52	R\$ 6.096,18	R\$ 4.793,95	R\$ 5.061,72	R\$ 145.863,48		
R\$ 66.289,80	R\$ 66.289,80	R\$ 60.740,64	R\$ 91.602,24	R\$ 73.154,16	R\$ 57.527,40	R\$ 60.740,64	R\$ 1.750.361,76		
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	PMO

AUXILIAR DE FARMÁCIA	AUXILIAR DE FARMÁCIA PMO	AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	COORDENADOR DE FROTA	COORDENADOR DE OPERAÇÃO	COORDENADOR(A) ATENÇÃO BÁSICA	COORDENADORIA DE ENFERMAGEM
R\$ 2.188,86		R\$ 2.257,06	R\$ 1.900,00	R\$ 8.577,06	R\$ 3.658,63	R\$ 6.180,50	R\$ 10.532,00	R\$ 7.176,92
R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20
R\$ 201,04		R\$ 206,50	R\$ 177,94	R\$ 712,10	R\$ 318,63	R\$ 520,38	R\$ 868,50	R\$ 600,09
R\$ 657,79		R\$ 653,70	R\$ 675,12	R\$ 547,12	R\$ 569,60	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12
R\$ 369,42		R\$ 379,46	R\$ 467,08	R\$ 1.308,49	R\$ 585,48	R\$ 956,19	R\$ 1.595,86	R\$ 1.102,66
R\$ 140,20		R\$ 144,01	R\$ 179,50	R\$ 496,60	R\$ 222,21	R\$ 362,90	R\$ 605,67	R\$ 418,49
R\$ 2.513,06		R\$ 2.581,26	R\$ 2.224,20	R\$ 8.901,26	R\$ 3.982,83	R\$ 6.504,70	R\$ 10.856,20	R\$ 7.501,12
9	3	2	1	1	1	1	1	1
R\$ 34.933,59		R\$ 7.929,86	R\$ 3.723,84	R\$ 11.965,57	R\$ 5.678,75	R\$ 8.891,29	R\$ 14.473,35	R\$ 10.169,48
R\$ 419.203,08		R\$ 95.158,32	R\$ 44.686,08	R\$ 143.586,84	R\$ 68.145,00	R\$ 106.695,48	R\$ 173.680,20	R\$ 122.033,76
CLT (40 HRS)	PMO	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)

COORDENADOR E-MULTI	COORDENADOR(A) (Responsável Técnico) FARMÁCIA	COORDENADOR(A) (Responsável Técnico) DE SAÚDE BUCAL	EDUCADOR FÍSICO	* ENFERMEIRO(A)	ENFERMEIRO(A) PMO	*ENFERMEIRO(A) (Responsável Técnico)	FARMACÊUTICO(A)	FARMACÊUTICO(A) PMO	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA (Responsável Técnico)
R\$ 4.634,08	R\$ 6.618,15	R\$ 3.000,00	R\$ 3.468,51	R\$ 4.318,18		R\$ 4.518,18	R\$ 3.615,98		R\$ 4.212,80	R\$ 5.100,00
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20
R\$ 396,66	R\$ 555,39	R\$ 265,94	R\$ 303,42	R\$ 371,39		R\$ 387,39	R\$ 315,21		R\$ 362,96	R\$ 433,94
R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 609,12	R\$ 581,01	R\$ 547,12		R\$ 547,12	R\$ 572,16		R\$ 547,12	R\$ 547,12
R\$ 728,86	R\$ 1.020,53	R\$ 698,08	R\$ 557,53	R\$ 682,43		R\$ 711,83	R\$ 579,22		R\$ 666,94	R\$ 1.139,09
R\$ 276,62	R\$ 387,32	R\$ 268,26	R\$ 211,60	R\$ 259,00		R\$ 270,16	R\$ 219,82		R\$ 253,12	R\$ 437,73
R\$ 4.958,28	R\$ 6.942,35	R\$ 3.324,20	R\$ 3.792,71	R\$ 4.642,38		R\$ 4.842,38	R\$ 3.940,18		R\$ 4.537,00	R\$ 5.424,20
1	1	1	1	32	3	8	11	1	2	1
R\$ 6.907,54	R\$ 9.452,71	R\$ 5.165,60	R\$ 5.446,27	R\$ 208.074,24		R\$ 54.071,04	R\$ 61.892,49		R\$ 12.734,28	R\$ 7.982,08
R\$ 82.890,48	R\$ 113.432,52	R\$ 61.987,20	R\$ 65.355,24	R\$ 2.496.890,88		R\$ 648.852,48	R\$ 742.709,88		R\$ 152.811,36	R\$ 95.784,96
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	CLT (30 HRS)	CLT (30 HRS)

FONOAUDIÓLOGO(A)	GERENTE GERAL	GERENTE (UNIDADE) I	GERENTE (UNIDADE) II	GERENTE (UNIDADE) III	*JOVEM APRENDIZ	MOTORISTA	NUTRICIONISTA	PSICÓLOGO(A) PMO
R\$ 6.000,00	R\$ 9.838,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.800,00	R\$ 7.500,00	R\$ 1.874,36	R\$ 2.018,39	R\$ 4.352,50	
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	
R\$ 505,94	R\$ 812,98	R\$ 505,94	R\$ 569,94	R\$ 625,94	R\$ 175,88	R\$ 187,41	R\$ 374,14	
R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 676,66	R\$ 668,02	R\$ 547,12	
R\$ 929,65	R\$ 1.493,84	R\$ 929,65	R\$ 1.047,27	R\$ 1.150,15	R\$ 323,19	R\$ 344,36	R\$ 687,47	
R\$ 352,83	R\$ 566,95	R\$ 352,83	R\$ 397,47	R\$ 436,51	R\$ 122,65	R\$ 130,69	R\$ 260,91	
R\$ 6.324,20	R\$ 10.162,20	R\$ 6.324,20	R\$ 7.124,20	R\$ 7.824,20	R\$ 2.198,56	R\$ 2.342,59	R\$ 4.676,70	
1	1	3	3	2	7	9	1	8
R\$ 8.659,74	R\$ 13.583,09	R\$ 25.979,22	R\$ 29.058,00	R\$ 21.167,84	R\$ 24.478,58	R\$ 33.057,63	R\$ 6.546,34	
R\$ 103.916,88	R\$ 162.997,08	R\$ 311.750,64	R\$ 348.696,00	R\$ 254.014,08	R\$ 293.742,96	R\$ 396.691,56	R\$ 78.556,08	
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO

SUPERVISOR (A) OPERACIONAL	SUPERVISOR DE TI	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PMO	TÉCNICO DE INFORMÁTICA	TÉCNICO/AUX. DE SAÚDE BUCAL (40 HRS)	TÉCNICO/AUX. DE SAÚDE BUCAL (40 HRS) PMO	TÉCNICO/AUX. DE SAÚDE BUCAL (20 HRS) PMO	TÉCNICO DE FARMÁCIA PMO	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	TRABALHADOR DE SERVIÇOS GERAIS PMO
R\$ 5.200,00	R\$ 4.036,80	R\$ 3.022,73		R\$ 2.200,00	R\$ 2.150,00				R\$ 3.190,85	
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20				R\$ 324,20	
R\$ 441,94	R\$ 348,88	R\$ 267,75		R\$ 201,94	R\$ 197,94				R\$ 281,20	
R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 607,76		R\$ 657,12	R\$ 660,12				R\$ 597,67	
R\$ 812,06	R\$ 641,06	R\$ 492,01		R\$ 371,07	R\$ 363,71				R\$ 516,70	
R\$ 308,20	R\$ 243,31	R\$ 186,73		R\$ 140,83	R\$ 138,04				R\$ 196,11	
R\$ 5.524,20	R\$ 4.361,00	R\$ 3.346,93		R\$ 2.524,20	R\$ 2.474,20				R\$ 3.515,05	
1	1	80	3	4	13	1	1	1	2	1
R\$ 7.633,52	R\$ 6.141,37	R\$ 392.094,40		R\$ 15.580,64	R\$ 49.842,13				R\$ 10.213,46	
R\$ 91.602,24	R\$ 73.696,44	R\$ 4.705.132,80		R\$ 186.967,68	R\$ 598.105,56				R\$ 122.561,52	
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	PMO	PMO	CLT (06 HRS)	PMO

• **2. Dimensionamento de Médicos e Odontologia.**

RESUMO			
TOTAL DE PROFISSIONAIS	TOTAL MENSAL	TOTAL ANUAL	STATUS GERAL
35,00	R\$ 791.376,80	R\$ 9.496.521,60	OK

UNIDADE	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	JORNADA SEMANAL EM HORAS	DIMENSIONAMENTO	CEDIDOS PMM	À CONTRATAR OSS
ESF	GENERALISTA	40	38	26	12
ESF	GENERALISTA	20	6	0	6
ESF	GENERALISTA	8	6	0	6
ESF	G.O.	10	2	2	0
ESF	PSQUIATRA AD	96 CONSULTA/MÊS	3	0	3
ESF	PSQUIATRA INF	96 CONSULTA/MÊS	1	0	1
ESF	NEUROLOGISTA AD	160 CONSULTA/MÊS	1	0	1
ESF	NEUROLOGISTA INF	120 CONSULTA/MÊS	1	0	1
ESF	COORD. MÉDICO	20	4	0	4
ESF	DIRETOR MÉDICO	20	1	0	1

1 psiquiatra por pólo (CSII, ESF Vila Margarida, UBS CDHU)

RESUMO QUADRO ODONTO			
TOTAL DE PROFISSIONAIS	TOTAL MENSAL	TOTAL ANUAL	STATUS GERAL
16	R\$ 102.172,14	R\$ 1.226.065,68	OK

UNIDADE	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	JORNADA SEMANAL EM HORAS	DIMENSIONAMENTO	CEDIDOS PMM	À CONTRATAR OSS
UBS VILA SÃO PAULO	ODONTOLOGISTA	40	2	0	2
UBS SANTO ANTÔNIO	ODONTOLOGISTA	40	2	0	2
UBS SANTO ANTÔNIO	ODONTOLOGISTA SÁBADO	8	1	0	1
UBS ANTÔNIO NHAM	ODONTOLOGISTA	40	1	0	1
UBS VILA MARGARIDA	ODONTOLOGISTA	40	2	1	1
UBS VILA MARGARIDA	ODONTOLOGISTA SÁBADO	8	1	0	1
UBS JARDIM YONE	ODONTOLOGISTA	40	1	0	1
UBS CDHU	ODONTOLOGISTA	40	3	1	2
UBS CSII	ODONTOLOGISTA	40	2	0	2
UBS CSII	ODONTOLOGISTA	20	2	1	1
UBS CSII	ODONTOLOGISTA SÁBADO	8	1	0	1
UBS JARDIM CASTELO	ODONTOLOGISTA	40	3	2	1

6m

• 3. Dimensionamento de Facilities

FACILITIES				
FUNÇÃO	D	N	TOTAL	CARGA HR SEMANAL
AUXILIAR DE LIMPEZA	12	12	24	40 HRS
CONTROLE DE ACESSO	8	0	8	40 HRS
VIGILANTE	8	8	16	40 HRS
SUPERVISOR OPERACIONAL	1	0	1	40 HRS
TOTAL GERAL			49	

Observações relacionadas ao Dimensionamento de Recursos Humanos

- ✓ A legislação admite a contratação de aprendizes com carga horária de até **40 horas semanais** (8 horas por dia), desde que o jovem tenha concluído o ensino fundamental e que a formação técnico-profissional teórica esteja compreendida dentro da jornada de trabalho, em conformidade com os arts. 428 a 433 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e com o Decreto nº 9.579/2018.
- ✓ A distribuição da jornada deve assegurar o equilíbrio entre as atividades práticas e o conteúdo formativo, mantendo a finalidade pedagógica do contrato de aprendizagem, bem como o cumprimento das garantias trabalhistas e das normas legais de proteção aplicáveis ao aprendiz.
- ✓ O valor global apresentado contempla os efeitos financeiros decorrentes do dissídio coletivo das categorias profissional, estando os respectivos reajustes devidamente considerados na composição dos custos da proposta.
- ✓ Conforme previsto no edital, foi considerado um quantitativo de 40 (quarenta) enfermeiros para atendimento das 8 (oito) unidades

de saúde. Na composição da proposta técnico-financeira, procedeu-se à alocação de 8 (oito) desses profissionais para o exercício da função de Responsável Técnico (RT), correspondendo a um enfermeiro responsável por cada unidade. Dessa forma, não houve acréscimo ao quantitativo originalmente exigido pelo edital, mas apenas a redistribuição funcional de parte da equipe, preservando-se o número total de profissionais previsto e assegurando o atendimento às exigências legais e regulamentares relativas à responsabilidade técnica dos serviços de enfermagem.

- ✓ Apesar do edital apontar 40 horas semanais para o fisioterapeuta, o mesmo só pode trabalhar 30 horas semanais segundo a resolução federal que rege a categoria.

7.2 B. Modelo de escala de trabalho

Os quadros de dimensionamento apresentados a seguir constituem modelos exemplificativos das escalas assistenciais, administrativas e de apoio, contemplando as respectivas categorias profissionais, cargas horárias, jornadas de trabalho e distribuição dos profissionais por turno, em conformidade com os parâmetros quantitativos e qualitativos estabelecidos no Termo de Referência.

As escalas possuem caráter ilustrativo e demonstram a metodologia de organização da força de trabalho que será adotada durante a execução contratual, assegurando a cobertura integral dos serviços durante todo o período de funcionamento das unidades, observadas as especificidades assistenciais e operacionais de cada serviço.

A elaboração das escalas observará rigorosamente a legislação trabalhista vigente, os acordos e convenções coletivas aplicáveis, as normas dos respectivos Conselhos Profissionais, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, bem como os princípios de segurança do paciente, qualidade assistencial, continuidade do cuidado e eficiência operacional.

Am

Serão adotados mecanismos permanentes de gestão das escalas destinados a garantir a manutenção dos quantitativos mínimos de profissionais exigidos contratualmente, incluindo planejamento prévio das jornadas, substituições programadas, cobertura de ausências, férias, licenças, afastamentos legais, capacitações, folgas regulamentares e demais intercorrências relacionadas à gestão de pessoas, de forma a evitar descontinuidade da assistência e assegurar o funcionamento ininterrupto dos serviços.

Sempre que necessário, serão disponibilizados profissionais substitutos ou realizada a recomposição imediata das equipes, preservando o dimensionamento mínimo previsto no Contrato de Gestão, sem prejuízo da qualidade da assistência prestada à população.

Os modelos apresentados representam exemplos da estrutura operacional que será adotada para as equipes assistenciais, administrativas e de apoio, podendo sofrer adequações durante a execução contratual em função das necessidades assistenciais identificadas, do perfil epidemiológico da população, da demanda dos serviços, da sazonalidade dos atendimentos, da implantação de novos processos de trabalho e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, desde que sejam preservados:

- ✓ o quantitativo mínimo de profissionais previsto no Termo de Referência;
- ✓ a cobertura integral dos serviços durante todo o horário de funcionamento das unidades;
- ✓ o cumprimento da legislação trabalhista e das normas dos Conselhos Profissionais;
- ✓ a continuidade da assistência sem interrupções;
- ✓ os indicadores de qualidade, segurança do paciente e desempenho operacional;
- ✓ todas as obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão.

Serão apresentados, a seguir, modelos exemplificativos das escalas assistenciais, administrativas e de apoio da atenção básica/ estratégia saúde da família, elaborados de forma compatível com as necessidades operacionais servindo como referência para a organização das equipes durante a execução contratual.

Modelos exemplificativos das escalas assistenciais – equipe técnica

Carga Horária (40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Enfermeiro - Segunda - Sexta	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	–	–
	12:00 - 21:00	12:00 - 21:00	12:00 - 21:00	12:00 - 21:00	12:00 - 21:00	–	–

Carga Horária (40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Nutricionista - Segunda - Sexta	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	–	–

Modelos exemplificativos das escalas administrativas

Carga Horária (40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Analista de Recursos Humanos Segunda - Sexta	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	–	–

Carga Horária (40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Assistente de Qualidade - Segunda - Sexta	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	–	–

Modelos exemplificativos das escalas de apoio

Carga Horária (40h/semanais)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Motorista - Segunda - Sexta	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	07:00 - 16:00	–	–

7.3 C. Política de Recursos Humanos

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

PARTE I – FUNDAMENTOS INSTITUCIONAIS

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS E RECURSOS HUMANOS

Aprovação: Diretoria Executiva

Aplicação: Todas as Unidades Administradas pela Organização Social

Revisão: Bienal ou sempre que houver alteração legal ou estratégica.

APRESENTAÇÃO

A gestão de pessoas constitui um dos pilares fundamentais para a excelência na prestação dos serviços de saúde, sendo responsável pela formação, desenvolvimento, valorização e retenção dos profissionais que atuam diretamente na assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

A presente Política Institucional de Recursos Humanos estabelece as diretrizes estratégicas para a administração das relações de trabalho no âmbito da Organização Social, alinhando as práticas de gestão de pessoas aos princípios constitucionais da Administração Pública, às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às normas trabalhistas vigentes, às boas práticas de governança corporativa e aos modelos contemporâneos de gestão hospitalar.

Mais do que regulamentar procedimentos administrativos, esta Política busca consolidar uma cultura organizacional pautada na ética, na transparência, na valorização do capital humano, na humanização das relações de trabalho e na melhoria contínua da qualidade assistencial.

A Organização reconhece que pessoas qualificadas, motivadas e comprometidas constituem seu principal patrimônio institucional, razão pela qual investe continuamente na formação profissional, no desenvolvimento de competências, na promoção da saúde ocupacional, na segurança do trabalho, no fortalecimento da liderança e na construção de ambientes organizacionais saudáveis, inclusivos e colaborativos.

Esta Política aplica-se a todos os empregados, dirigentes, gestores, estagiários, aprendizes, residentes, prestadores de serviços e demais profissionais que atuem em nome da instituição, independentemente da modalidade de contratação.

FINALIDADE

A presente Política tem por finalidade estabelecer princípios, normas e diretrizes para a gestão estratégica de pessoas, garantindo que todos os processos relacionados aos Recursos Humanos sejam conduzidos de forma padronizada, transparente, eficiente e em conformidade com a legislação vigente.

Busca-se assegurar que as práticas institucionais promovam o desenvolvimento profissional, o fortalecimento da cultura organizacional, a melhoria contínua dos serviços prestados, a valorização do trabalhador e a excelência da assistência oferecida à população.

Constituem finalidades específicas desta Política:

- fortalecer a governança institucional da gestão de pessoas;
- assegurar conformidade trabalhista e previdenciária;
- promover a valorização profissional;
- desenvolver competências organizacionais;
- estimular ambientes de trabalho seguros e saudáveis;
- fomentar a inovação e a melhoria contínua;
- garantir transparência nos processos de gestão de pessoas;
- contribuir para a sustentabilidade institucional.

OBJETIVOS

A Política Institucional de Recursos Humanos possui como objetivos estratégicos:

I – Atrair profissionais qualificados por meio de processos seletivos transparentes e baseados em competências.

II – Promover ambiente organizacional ético, seguro, humanizado e colaborativo.

III – Desenvolver continuamente competências técnicas, gerenciais e comportamentais.

IV – Fortalecer a cultura organizacional.

V – Estimular o comprometimento com a qualidade assistencial.

VI – Valorizar o desempenho individual e coletivo.

VII – Promover igualdade de oportunidades.

VIII – Incentivar inovação.

IX – Reduzir turnover e absenteísmo.

X – Garantir elevado padrão de conformidade legal.

XI – Desenvolver lideranças.

XII – Apoiar a sustentabilidade institucional.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A presente Política Institucional de Recursos Humanos está fundamentada no ordenamento jurídico brasileiro, nas normas que disciplinam as relações de trabalho, na legislação aplicável ao Sistema Único de Saúde (SUS), às Organizações Sociais, à proteção dos dados pessoais, à saúde e segurança do trabalhador, bem como nas diretrizes de governança, transparência e controle da Administração Pública.

Sua elaboração observa, especialmente, os seguintes diplomas legais e normativos:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A Constituição Federal constitui o principal fundamento jurídico desta Política, especialmente no que se refere aos princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho, da igualdade, da legalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência e da proteção aos direitos fundamentais dos trabalhadores, bem como aos princípios que regem a Administração Pública e a organização do Sistema Único de Saúde.

Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Institui a Lei Orgânica da Saúde, regulamentando as ações e os serviços públicos de saúde, definindo a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estabelece princípios como universalidade, integralidade,

equidade, regionalização, descentralização e participação social, os quais orientam diretamente a atuação da Organização Social e de seus colaboradores.

Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, reforçando os princípios da transparência, do controle social e da participação popular na gestão das políticas públicas de saúde.

Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998

Regulamenta a qualificação de entidades como Organizações Sociais e disciplina a celebração de Contratos de Gestão com o Poder Público, estabelecendo princípios de eficiência, economicidade, transparência, prestação de contas, avaliação de desempenho e responsabilização institucional.

Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

As relações de trabalho serão integralmente disciplinadas pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452/1943), observando-se as alterações promovidas pela legislação superveniente, assegurando direitos e deveres de empregados e empregadores, além da correta aplicação das normas relativas à contratação, jornada de trabalho, remuneração, benefícios, férias, segurança e medicina do trabalho, licenças, rescisões contratuais e demais institutos trabalhistas.

Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709/2018

A gestão de pessoas observará integralmente os princípios, direitos e obrigações previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), garantindo o tratamento lícito, transparente, seguro e adequado dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos colaboradores, candidatos, estagiários, prestadores de serviços e demais titulares de dados tratados pela instituição.

Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego

Todos os processos relacionados à saúde e segurança ocupacional observarão as Normas Regulamentadoras (NRs), especialmente aquelas aplicáveis aos estabelecimentos assistenciais de saúde, visando à prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e promoção de ambientes laborais seguros.

Norma Regulamentadora nº 32 – NR-32

A instituição observará rigorosamente as disposições da NR-32, que estabelece diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, abrangendo riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, acidentes com materiais perfurocortantes, imunização, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), capacitação permanente e medidas de biossegurança.

Código Civil Brasileiro

Aplicam-se subsidiariamente as disposições do Código Civil (Lei nº 10.406/2002) sempre que pertinentes às relações jurídicas mantidas pela instituição, especialmente no tocante aos princípios da boa-fé objetiva, responsabilidade civil, dever de cooperação, reparação de danos e demais normas aplicáveis às relações privadas.

Códigos de Ética Profissional

Todos os profissionais deverão observar, além desta Política e do Código de Ética institucional, os respectivos Códigos de Ética editados pelos Conselhos Profissionais de suas categorias, respeitando os princípios técnicos, científicos e éticos inerentes ao exercício profissional.

Convenções e Acordos Coletivos de Trabalho

Serão integralmente observadas as Convenções Coletivas de Trabalho, Acordos Coletivos e demais instrumentos normativos firmados entre as entidades sindicais representativas das categorias profissionais e patronais, garantindo-se a aplicação das condições de trabalho, remuneração, benefícios e direitos coletivos previstos em tais instrumentos.

Portarias, Resoluções e Normas do Ministério da Saúde

Os processos de gestão de pessoas serão desenvolvidos em conformidade com as normas expedidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais órgãos competentes, especialmente aquelas relacionadas à organização da assistência, segurança do paciente, qualificação profissional e gestão dos serviços de saúde.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

A atuação dos colaboradores observará as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, promovendo uma cultura organizacional voltada à prevenção de incidentes, gestão de riscos assistenciais, melhoria contínua da qualidade e fortalecimento das práticas seguras nos serviços de saúde.

Política Nacional de Humanização (PNH)

A gestão de pessoas será orientada pelos princípios da Política Nacional de Humanização, promovendo o acolhimento, o respeito à diversidade, a valorização dos trabalhadores, a participação coletiva, a corresponsabilização, a gestão participativa e o fortalecimento das relações interpessoais como elementos essenciais para a qualidade da assistência prestada.

Normas dos Órgãos de Controle Externo

Nos contratos de gestão celebrados com o Poder Público, a instituição observará as normas expedidas pelos Tribunais de Contas, Ministérios Públicos, Controladorias, Secretarias de Saúde e demais órgãos de fiscalização e controle, assegurando elevados padrões de governança, transparência, prestação de contas, integridade institucional e conformidade administrativa.

Atualização Normativa

Esta Política deverá permanecer permanentemente atualizada em relação à legislação vigente. Sempre que houver alterações legais, regulamentares ou normativas que impactem as relações de trabalho, a gestão de pessoas ou a execução dos contratos de gestão, serão promovidas as adequações necessárias, garantindo a plena conformidade jurídica e institucional da Organização Social.

MISSÃO DA GESTÃO DE PESSOAS

Desenvolver pessoas e fortalecer equipes capazes de oferecer assistência em saúde segura, resolutiva, humanizada e de excelência, promovendo ambientes organizacionais sustentáveis, éticos e inovadores.

VISÃO

Ser referência nacional em Gestão de Pessoas aplicada às Organizações Sociais de Saúde, reconhecida pela excelência, inovação, valorização profissional e compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde.

VALORES INSTITUCIONAIS

A Gestão de Recursos Humanos da Organização Social fundamenta sua atuação em valores institucionais que orientam a tomada de decisões, o comportamento organizacional, o relacionamento interpessoal e a prestação dos serviços de saúde. Esses valores representam os princípios permanentes que sustentam a cultura organizacional e refletem o compromisso da instituição com a excelência assistencial, a valorização das pessoas, a ética e a responsabilidade social.

Todos os colaboradores, independentemente do cargo, função ou vínculo contratual, deverão observar e incorporar os seguintes valores institucionais em suas atividades profissionais:

Ética

Atuar com integridade, honestidade, imparcialidade, responsabilidade e respeito aos princípios legais e morais, assegurando que todas as decisões sejam pautadas pela boa-fé, pelo interesse público e pelos princípios que regem a Administração Pública e os serviços de saúde.

Transparência

Promover relações institucionais pautadas na clareza, publicidade, prestação de contas e acesso às informações, assegurando que os processos de gestão sejam conduzidos com responsabilidade, rastreabilidade e conformidade com os princípios da governança corporativa.

Humanização

Valorizar as relações humanas, promovendo acolhimento, empatia, respeito, escuta qualificada, solidariedade e cuidado integral, tanto nas relações entre colaboradores quanto no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Respeito às Pessoas

Reconhecer a dignidade, a diversidade e a individualidade de cada pessoa, promovendo ambiente de trabalho inclusivo, livre de qualquer forma de discriminação, preconceito, violência, assédio ou tratamento degradante, assegurando igualdade de oportunidades e valorização das diferenças.

Segurança do Paciente

Desenvolver uma cultura organizacional voltada à prevenção de riscos, redução de incidentes e promoção da assistência segura, estimulando o cumprimento rigoroso dos protocolos assistenciais, das normas de biossegurança e das boas práticas em saúde.

Sustentabilidade

Administrar os recursos humanos, financeiros, materiais e ambientais de forma responsável, equilibrada e eficiente, contribuindo para a sustentabilidade institucional, econômica, social e ambiental da Organização Social e dos serviços públicos de saúde.

Inovação

Estimular a criatividade, a aprendizagem contínua, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a adoção de soluções inovadoras capazes de aperfeiçoar os processos de trabalho, aumentar a eficiência operacional e elevar a qualidade dos serviços prestados.

Comprometimento

Atuar com responsabilidade, dedicação, proatividade e senso de pertencimento, buscando permanentemente o alcance dos objetivos institucionais, a satisfação dos usuários e a melhoria contínua dos resultados organizacionais.

Eficiência

Executar as atividades com planejamento, racionalidade, produtividade e utilização responsável dos recursos disponíveis, assegurando qualidade, economicidade, efetividade e cumprimento das metas estabelecidas nos Contratos de Gestão.

Trabalho em Equipe

Fortalecer a atuação multiprofissional, a cooperação, o respeito mútuo, a comunicação efetiva e o compartilhamento de conhecimentos, reconhecendo

que a integração entre diferentes áreas constitui elemento essencial para a excelência da assistência à saúde.

Responsabilidade Social

Contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de saúde, promovendo ações que gerem impacto positivo para a sociedade, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde, a cidadania, a inclusão social, os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável.

Excelência

Buscar permanentemente elevados padrões de desempenho institucional por meio da melhoria contínua dos processos, do desenvolvimento das pessoas, da inovação, da gestão baseada em evidências e da adoção das melhores práticas nacionais e internacionais em gestão e assistência à saúde.

Compromisso Institucional

Os valores institucionais estabelecidos nesta Política deverão orientar todas as práticas de gestão de pessoas, constituindo referência obrigatória para os processos de recrutamento e seleção, integração, capacitação, avaliação de desempenho, desenvolvimento profissional, reconhecimento, liderança, tomada de decisões e relacionamento entre colaboradores, gestores, usuários, parceiros e demais partes interessadas.

A observância desses valores representa compromisso permanente da Organização Social com a construção de uma cultura organizacional ética, humanizada, inovadora e orientada para resultados, contribuindo para a excelência dos serviços prestados à população e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

PRINCÍPIOS DA GESTÃO DE PESSOAS

A Gestão de Pessoas da Organização Social constitui instrumento estratégico para o alcance da missão institucional e para a prestação de serviços públicos de saúde com qualidade, eficiência e responsabilidade social.

Todas as políticas, normas, procedimentos e decisões relacionadas à gestão dos colaboradores deverão observar os princípios estabelecidos nesta Política, os quais orientam a cultura organizacional, fortalecem a governança

institucional e asseguram a conformidade com a legislação vigente, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as melhores práticas de gestão.

Nesse contexto, a atuação da Gestão de Recursos Humanos será norteada pelos seguintes princípios:

Dignidade da Pessoa Humana

A Organização reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento essencial das relações de trabalho, assegurando tratamento respeitoso, ético e igualitário a todos os colaboradores, promovendo ambiente laboral seguro, saudável, inclusivo e livre de qualquer forma de discriminação, violência, assédio ou violação de direitos.

Valorização do Trabalhador

A instituição reconhece seus colaboradores como o principal patrimônio organizacional, promovendo políticas voltadas ao desenvolvimento profissional, reconhecimento do desempenho, qualidade de vida, segurança ocupacional, capacitação permanente e bem-estar físico, emocional e social.

Legalidade

Todos os processos de gestão de pessoas serão conduzidos em estrita observância à Constituição Federal, à legislação trabalhista, previdenciária, tributária, sanitária e administrativa, bem como às normas aplicáveis às Organizações Sociais e aos Contratos de Gestão celebrados com o Poder Público.

Impessoalidade

As decisões relacionadas ao recrutamento, seleção, promoção, avaliação de desempenho, desenvolvimento profissional e desligamento serão fundamentadas exclusivamente em critérios técnicos, objetivos e previamente estabelecidos, vedada qualquer forma de favorecimento pessoal, discriminação ou privilégio indevido.

Moralidade

Os atos praticados pelos gestores e colaboradores deverão observar elevados padrões de ética, honestidade, integridade, lealdade institucional, boa-fé e responsabilidade, preservando a credibilidade da Organização e a confiança da sociedade.

Publicidade e Transparência

Os processos institucionais deverão ser conduzidos com transparência, assegurando ampla divulgação das normas internas, critérios de seleção, oportunidades de desenvolvimento, políticas corporativas e demais informações relevantes, respeitados os limites legais relativos ao sigilo e à proteção de dados pessoais.

Eficiência

A Gestão de Pessoas buscará continuamente a otimização dos processos, a racionalização dos recursos disponíveis e o aumento da produtividade institucional, assegurando resultados compatíveis com os objetivos estratégicos da Organização Social e dos Contratos de Gestão.

Equidade

A instituição promoverá tratamento justo, imparcial e proporcional aos seus colaboradores, respeitando as diferenças individuais, assegurando igualdade de oportunidades e eliminando barreiras que possam comprometer o desenvolvimento profissional ou a inclusão no ambiente de trabalho.

Diversidade, Equidade e Inclusão

A Organização valoriza a diversidade como fator de fortalecimento institucional, comprometendo-se com a promoção de ambiente inclusivo, respeitoso e acessível, livre de preconceitos relacionados à origem, raça, cor, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, religião, idade, deficiência, condição social ou qualquer outra forma de discriminação vedada pela legislação.

Gestão Participativa

A gestão será pautada pelo diálogo permanente entre dirigentes, gestores e colaboradores, estimulando a participação ativa das equipes na construção de soluções, na melhoria dos processos, na inovação e no fortalecimento da cultura organizacional.

Educação Permanente

A Organização promoverá a aprendizagem contínua como instrumento estratégico para o desenvolvimento das competências profissionais, a

atualização técnico-científica, o fortalecimento da qualidade assistencial e a melhoria permanente dos serviços prestados à população.

Meritocracia

O desenvolvimento profissional, as oportunidades de crescimento e o reconhecimento institucional observarão critérios objetivos relacionados ao desempenho, às competências, aos resultados alcançados, ao comprometimento e à aderência aos valores organizacionais, assegurando processos transparentes e equitativos.

Responsabilidade Socioambiental

A instituição compromete-se com práticas socialmente responsáveis e ambientalmente sustentáveis, incentivando o uso racional dos recursos naturais, a gestão adequada de resíduos, a educação ambiental, o respeito às comunidades e a promoção do desenvolvimento sustentável.

Cultura de Segurança

A segurança do paciente, dos colaboradores e dos processos constitui valor permanente da Organização, sendo responsabilidade compartilhada por todos os profissionais, mediante observância rigorosa dos protocolos assistenciais, normas de biossegurança, gestão de riscos e práticas voltadas à prevenção de incidentes.

Melhoria Contínua

A Gestão de Pessoas adotará metodologia permanente de avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento dos processos organizacionais, utilizando indicadores de desempenho, auditorias, análise crítica e ações corretivas e preventivas para elevar continuamente os padrões institucionais de qualidade.

Inovação

A Organização incentivará o desenvolvimento de soluções inovadoras, a utilização de tecnologias, a transformação digital, a simplificação dos processos e a disseminação de boas práticas capazes de ampliar a eficiência administrativa e assistencial.

Gestão Baseada em Evidências

As decisões estratégicas relacionadas à gestão de pessoas serão fundamentadas em indicadores institucionais, evidências científicas, dados

estatísticos, auditorias, avaliações de desempenho e análises técnicas, promovendo maior efetividade, transparência e segurança na tomada de decisão.

Sustentabilidade Financeira

A administração dos recursos humanos observará os princípios da economicidade, responsabilidade fiscal e sustentabilidade financeira, buscando equilíbrio entre valorização profissional, qualidade dos serviços prestados e adequada utilização dos recursos públicos destinados aos Contratos de Gestão.

Foco no Cidadão

Toda atuação institucional deverá estar orientada para a satisfação das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, compreendendo que a excelência na gestão de pessoas reflete diretamente na qualidade da assistência prestada à população.

Humanização da Assistência

A Gestão de Pessoas promoverá relações de trabalho pautadas na empatia, acolhimento, respeito, escuta qualificada e corresponsabilização, fortalecendo a Política Nacional de Humanização e contribuindo para a construção de ambientes assistenciais mais seguros, acolhedores e centrados nas necessidades dos usuários, familiares e colaboradores.

Compromisso Institucional

Os princípios estabelecidos nesta Política constituem diretrizes permanentes da Organização Social e deverão orientar todas as decisões, programas, projetos e práticas relacionadas à gestão de pessoas. Cabe a todos os dirigentes, gestores, colaboradores e demais profissionais vinculados à instituição promover sua efetiva aplicação, contribuindo para o fortalecimento da cultura organizacional, da governança institucional e da excelência na prestação dos serviços públicos de saúde

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE RH

O Planejamento Estratégico da Gestão de Pessoas consiste no conjunto de diretrizes, metodologias e instrumentos destinados a assegurar que a força

de trabalho da Organização Social esteja dimensionada, qualificada e alinhada às necessidades assistenciais, administrativas e estratégicas dos Contratos de Gestão.

A Gestão de Recursos Humanos atuará de forma integrada ao planejamento institucional, antecipando necessidades de pessoal, identificando competências críticas, promovendo o desenvolvimento profissional e assegurando a disponibilidade de equipes capazes de atender aos padrões de qualidade, eficiência, segurança do paciente e sustentabilidade operacional.

A gestão da força de trabalho observará os princípios da economicidade, eficiência, continuidade dos serviços públicos, valorização profissional e melhoria contínua.

O Planejamento Estratégico da Gestão de Pessoas será monitorado por indicadores institucionais, submetido à avaliação periódica da Diretoria Executiva e integrado ao planejamento estratégico da Organização Social. As decisões relativas à força de trabalho deverão considerar evidências técnicas, indicadores assistenciais, sustentabilidade econômico-financeira, conformidade legal e os princípios da eficiência, continuidade dos serviços públicos e excelência na assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Planejamento da Força de Trabalho

O planejamento da força de trabalho constitui um dos pilares estratégicos da gestão de Recursos Humanos, sendo desenvolvido com o objetivo de assegurar a disponibilidade permanente de profissionais qualificados e em quantitativo suficiente para garantir a continuidade, a eficiência, a qualidade e a segurança dos serviços prestados nas Unidades de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família.

O dimensionamento do quadro funcional será realizado com base em critérios técnicos, epidemiológicos, assistenciais e operacionais, observando rigorosamente as exigências estabelecidas no Edital, Termo de Referência e Contrato de Gestão, bem como as diretrizes do Ministério da Saúde e demais normativas aplicáveis. Para sua elaboração serão considerados, dentre outros aspectos:

- a produção assistencial contratada e as metas quantitativas e qualitativas pactuadas;
- o perfil epidemiológico e demográfico da população atendida;
- a capacidade instalada e a organização dos serviços;
- a carga horária legal e contratual de cada categoria profissional;
- os parâmetros oficiais de dimensionamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- as necessidades específicas de cada unidade de saúde e do território;
- a sazonalidade da demanda assistencial e os indicadores de utilização dos serviços;
- a necessidade de funcionamento ininterrupto das atividades assistenciais, administrativas e operacionais.

O planejamento de pessoal contemplará não apenas o quantitativo mínimo exigido para a execução contratual, mas também a previsão técnica de cobertura para todas as ausências previsíveis e imprevisíveis, assegurando a continuidade dos serviços sem prejuízo da assistência prestada à população.

Para tanto, a Organização Social manterá mecanismos permanentes de contingenciamento e reposição de pessoal, contemplando, no mínimo:

- provisão orçamentária para férias regulamentares;
- cobertura das folgas legais e descanso semanal remunerado;
- substituição durante licenças maternidade, paternidade e demais afastamentos legais;
- reposição decorrente de licenças médicas e acidentes de trabalho;
- cobertura de ausências ocasionais por atestados médicos;
- manutenção de banco de profissionais previamente qualificados para reposições imediatas;
- cadastro reserva para funções estratégicas e críticas;
- dimensionamento de profissionais volantes e equipes de apoio para cobertura operacional;
- mecanismos de remanejamento interno, quando tecnicamente cabíveis, sem prejuízo da qualidade assistencial.

O planejamento será revisado periodicamente por meio da análise dos indicadores de produção, absenteísmo, turnover, demanda assistencial, tempo de espera, produtividade e desempenho das equipes, permitindo ajustes sempre que identificadas alterações no perfil epidemiológico, expansão dos serviços, modificações contratuais ou necessidades operacionais supervenientes.

Sempre que necessário, serão adotadas medidas de redimensionamento das equipes, observando os princípios da economicidade, eficiência e continuidade do serviço público, sem comprometer a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a gestão da força de trabalho assegurará a manutenção permanente do quantitativo mínimo de profissionais exigido no Contrato de Gestão, garantindo cobertura integral das escalas, continuidade dos serviços, cumprimento das metas assistenciais e operacionais, bem como elevados padrões de qualidade, segurança do paciente e eficiência administrativa durante toda a vigência contratual.

O conceito de competência

O termo competência é utilizado desde a idade média. Inicialmente, essa concepção estava restrita à linguagem usada no setor jurídico. Assim, esse conceito era atrelado a ações da corte e aos indivíduos considerados “competentes” para a realização a um julgamento.

Posteriormente, o termo passou a ser usado também para qualificar pessoas capazes de executar trabalhos com alto grau de excelência. Percebe-se, então, que o termo competência, amplamente utilizado pelas organizações contemporâneas, não é nada recente.

A noção de competência na atualidade

Na atualidade, a noção de competência adquire significados cada vez mais amplos, já que ela não se restringe apenas às fronteiras do ambiente de trabalho. Em diversas áreas, esse termo é utilizado para determinar ou avaliar atributos e habilidades pessoais.

Nesse contexto, diversos são os elementos que compõem a natureza da competência. Há, pois, uma tendência convergente e que compreende as dimensões psicológica, profissional e individual, principalmente.

Isso demonstra que o conceito de competência não está limitado à execução de tarefas de um de cargo ou função, mas torna-se mais abrangente ao inferir caracteres próprios de quem possui tal virtude.

Esferas de excelência no setor de Recursos Humanos

Para que a empresa moderna tenha uma gestão de RH apta para enfrentar os desafios da atualidade, é necessário observar, no mínimo, cinco esferas de excelência.

Excelência na liderança

Ter uma boa liderança é um dos aspectos fundamentais ao sucesso de qualquer organização. Se o profissional de RH não tiver características condizentes com a função, as atividades desse setor certamente serão comprometidas. Como vimos, competência e credibilidade são essenciais ao sucesso da gestão de RH.

Excelência nas transações

Um bom líder precisa pensar em estratégias que assegurem resultados mais promissores. A gestão deve aprender a delegar funções e, com isso, dedicar-se a tarefas mais importantes e que estejam em acordo com a missão da empresa.

Pensar estrategicamente e otimizar o tempo pode ser um importante diferencial para obter êxito nas transações. Além disso, ainda pode dinamizar os processos que exigem decisões mais assertivas.

Excelência nas soluções

Especialistas afirmam que a tendência de mercado é que as decisões sejam tomadas por um grupo constituído por profissionais generalistas. Nesse

sentido, os gestores precisam ser mais atuantes em RH e conhecedores das estratégias que sinalizem soluções mais eficazes.

Excelência em talentos

O setor de RH que mantém uma visão diferenciada é aquele que lapida — e sabe explorar — o capital intelectual disponível. Para tanto, é preciso enxergar os talentos que se destacam, sobretudo aqueles que garantem e que continuarão garantindo o diferencial da empresa.

Igualmente importante é oferecer-lhes oportunidades de desenvolver suas ideias, e inclusive garantir-lhes um suporte adequado a fim de mantê-los constantemente motivados.

Excelência nos resultados

Como vimos, a ação do RH tem um grande impacto nos negócios da empresa. Esse setor pode ser comparado à mola propulsora que recruta, capacita, seleciona e integra as equipes conforme as necessidades da instituição.

Contextualmente, à essa área cabe a responsabilidade de assumir um papel determinante para o alcance das metas organizacionais. Assim como os outros setores, o departamento de Recursos Humanos também vende idéias, investe em novas estratégias e fomenta soluções.

Logo, pela história do RH percebe-se que, aos poucos, esse órgão foi sendo constituído conforme um conjunto de valores, princípios, técnicas e estratégias que objetivam o desenvolvimento organizacional. Favorece, ainda, o alcance das metas mais desafiadoras em prol da otimização de resultados.

Nesse contexto, o RH torna-se cada vez mais estratégico na administração do capital humano. Dessa forma, é responsabilidade do profissional de recursos humanos equiparar as políticas de gestão de pessoas às metas e valores da empresa de modo a garantir também o bem-estar no ambiente de trabalho, alta produtividade e atratividade para retenção de talentos.

Com tantas atribuições e possibilidades de atuação, há quem ainda confunda quais são as subdivisões de um departamento de recursos humanos

e quais tarefas devem ser executadas por ele. A verdade, é que o RH não é um setor isolado, mas sim parte fundamental para o andamento da empresa e deve atuar sempre alinhado com as lideranças.

E é baseado nesse novo conceito que atuamos.

Principais diferenças entre Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

Por também lidar com processos burocráticos, muitas pessoas ainda confundem o RH com o DP.

O RH está relacionado aos processos práticos de um colaborador na empresa. Ou seja, lida com a valorização e busca motivar o funcionário, procurando formas de mantê-lo na empresa para que ambos cresçam lado a lado.

O DP é encarregado por cuidar da parte administrativa. Lida com tarefas voltadas para o cumprimento de obrigações jurídicas e financeiras relacionadas aos colaboradores.

Geralmente essas áreas atuam em conjunto.

Nesse contexto, o RH torna-se cada vez mais estratégico na administração do capital humano. Dessa forma, é responsabilidade do profissional de recursos humanos equiparar as políticas de gestão de pessoas às metas e valores da empresa de modo a garantir também o bem-estar no ambiente de trabalho, alta produtividade e atratividade para retenção de talentos.

Com tantas atribuições e possibilidades de atuação, há quem ainda confunda quais são as subdivisões de um departamento de recursos humanos e quais tarefas devem ser executadas por ele. A verdade, é que o RH não é um setor isolado, mas sim parte fundamental para o andamento da empresa e deve atuar sempre alinhado com as lideranças. Sobre alguns dos principais departamentos que compõem um RH

CRITÉRIOS PARA RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E ADMISSÃO DE PESSOAL

Objetivo

Estabelecer diretrizes para recrutar e selecionar interna ou externamente profissionais com as competências exigidas para os cargos disponíveis na organização.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

Será permitido parentesco de primeiro, segundo ou terceiro grau, desde que não existam conflitos de interesses nem subordinação direta.

O candidato ao cargo poderá ser ex-colaborador, desde que a demissão tenha sido a pedido, ou dispensado sem justa causa, desde que o motivo do desligamento seja analisado pelo coordenador do departamento de gestão de pessoas/diretoria administrativa e somente com autorização da diretoria da Área e/ou Diretoria Geral. Não será permitida a contratação do ex-colaborador que tenha sido demitido por justa causa ou tenha restrições em seu prontuário.

A participação dos colaboradores nos processos internos deve considerar o tempo mínimo de 12 (doze) meses ocupando o mesmo cargo.

Descrição da Política

O dimensionamento dos setores será analisado, anualmente, considerando as ampliações, aberturas ou encerramento de serviços, sempre de acordo com o planejamento estratégico da instituição, o mercado externo e as exigências legais.

Toda solicitação de pessoal deverá ser formalizada pelo setor solicitante, através do instrumento Formulário de Movimentação de Pessoal e aprovada de acordo com os níveis de autorização estabelecidos pelo Administrador Geral desta Maternidade 24h.

Toda movimentação de pessoal deverá ser aprovada pelo responsável pelo departamento de gestão de pessoas e diretoria, e após liberação, seguirá para o recrutamento e seleção, iniciando do processo.

As promoções sejam no próprio setor ou entre setores internos deverá ser intermediada pelo Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos em fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área e da diretoria responsável, é imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de movimentação de pessoal (transferência e/ou promoção), onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e do coordenador do departamento de gestão de pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

Níveis de aprovação:

- **Vaga nova/aumento de quadro:** A aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pela Diretoria Geral, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.
- **Substituição:** A aprovação da vaga deverá ser feita pelo responsável do departamento de gestão de pessoas e diretoria administrativa
- **Contratação temporária para cobrir licenças:** A aprovação da vaga deverá ser feita pelo responsável do departamento de gestão de pessoas, diretoria administrativa e diretoria geral. O formulário depois de aprovado deverá ser enviado diretamente ao departamento de gestão de pessoas (responsável pelo recrutamento e seleção).
- **Nota:** Com exceção dos afastamentos por motivo de saúde ou acidente de trabalho, faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador. A contratação do substituto deverá coincidir com a data do afastamento e a data do desligamento do

substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

Definição do perfil da vaga

A definição do perfil da vaga é de responsabilidade do gestor de cada área (requisitante), juntamente com o responsável de gestão de pessoas, pautados na descrição de cargo, considerando os pré-requisitos da vaga em aberto, os principais desafios esperados pela área solicitante e as competências técnicas e comportamentais necessárias.

Processo de recrutamento

O departamento de gestão de pessoas é o responsável pelos processos de recrutar e selecionar os candidatos, devendo apresentar para entrevista com o gestor requisitante no mínimo 03 (três) candidatos dentro do perfil solicitado.

O processo de recrutamento poderá ser: interno ou externo.

As fontes de recrutamento deverão ser sempre escolhidas com base no perfil da vaga solicitada e definidas pela coordenação de gestão de pessoas, podendo ser:

- Banco de dados de currículo;
- Busca de currículo na internet;
- Indicações de colaboradores e contatos profissionais;
- Consultorias;
- Anúncio em internet ou jornal.

O departamento de gestão de pessoas em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) estará sempre consultando seu banco de talentos interno para cada vaga em aberto, visando possibilitar a promoção vertical ou movimentação horizontal dos nossos colaboradores.

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todas as áreas da Instituição e serão afixadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo no mínimo durante 07 (sete) dias.

Será divulgada a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que se candidatarem à vaga, obrigatoriamente passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga, se aprovado em todos os processos o seu remanejamento será analisado pela chefia imediata, pela futura chefia e pelo departamento de gestão de pessoas.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas

- Possuir escolaridade compatível com o cargo;
- Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;
- Possuir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho das funções;
- Possuir o perfil comportamental desejado;
- Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;
- Não ter recebido advertência no prazo de 01 (um) ano;
- Não ter falta injustificada no prazo de 01 (um) ano;
- Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;
- Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;
- Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;
- Não possuir férias vencidas; e
- Não possuir banco de horas.

Caberá ao setor de gestão de pessoas verificar as referências pessoais e profissionais.

Processo de seleção

O processo de seleção deve ser constituído por: entrevista inicial com o setor de gestão de pessoas, teste de avaliação comportamental com base no mapeamento das competências, teste de habilidades cognitivas, prova de avaliação de conhecimentos específicos, entrevista final com a chefia imediata da área e avaliação da medicina do trabalho para mudança de função.

Nas entrevistas será utilizada a técnica de entrevista por competência, baseada nas Competências, Habilidades e Atitudes (CHA) que foram definidos na descrição do cargo e em necessidades específicas das áreas solicitantes.

As fases do processo de seleção são de responsabilidade conjunta entre o gestor da área requisitante e o setor de gestão de pessoas.

A decisão final sobre a escolha do candidato é sempre do gestor da área requisitante, porém é necessário que o candidato esteja adequado ao perfil da descrição de cargo o que garantirá a transparência e respeitabilidade do processo.

Os candidatos que forem eliminados nas etapas de seleção serão comunicados através de e-mail ou telefone.

Os candidatos aprovados seguem as etapas para admissão definidas no fluxo admissional.

Os candidatos aprovados deverão ser encaminhados para admissão até o dia 15 (quinze) de cada mês, após esta data, a admissão e consequente início das atividades ocorrerão somente no mês seguinte.

Admissão de parentes poderá ser feita observando relação de subordinação direta, e a aprovação no processo seletivo.

A participação de ex-colaborador nos processos seletivos será feita somente após análise e parecer da diretoria administrativa, onde serão verificados os motivos que levaram o colaborador a pedir demissão ou ser demitidas sem justa causa, informações no prontuário, consulta à chefia imediata e respeito aos prazos legais, devendo ter autorização, por escrito, do diretor administrativo e/ou superintendente.

A admissão de aposentados será permitida mediante avaliação do requisitante e a aprovação no processo seletivo.

Os candidatos indicados passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e somente serão contratados se forem aprovados em todas as etapas do processo de seleção.

Abertura de vaga

O requisitante é responsável por preencher o formulário de movimentação de pessoal com os dados completos, considerando o fluxo: recrutamento, seleção e admissão, e é responsável pela coleta de aprovações dentro da sua área, conforme as alçadas definidas.

Aumento de quadro: chefia imediato, diretor da área solicitante, responsável gestão de pessoas e diretoria geral.

Substituição ou afastamento por acidente de trabalho, auxílio-doença e licença maternidade: chefia imediato da área solicitante e responsável pela gestão de pessoas.

O critério para solicitação de substituição por acidente de trabalho, auxílio-doença e licença maternidade deve considerar o afastamento previsto igual ou maior a 45 dias.

Fluxo do processo de recrutamento e seleção



Da Integração

- Todos os colaboradores admitidos deverão participar da integração no primeiro dia de trabalho, antes de irem para sua área de atuação.
- Os colaboradores (admitidos ou promovidos) da equipe assistencial participarão também do programa de integração específico com o NEP.
- Serão realizadas a princípio apenas uma integração ao mês, a programação anual e sua divulgação serão de responsabilidade do departamento de gestão de pessoas.

Os novos colaboradores receberão no momento da integração, as diretrizes para atuação na UPA, a qual que deverá ser protocolada no ato da entrega.

O programa de integração aborda os seguintes assuntos:

- Boas-vindas das diretorias e coordenações (apresentação do histórico da Instituição, organograma institucional e local, comissões, áreas e projetos sociais);
 - Informações sobre Código de Ética e Conduta;
 - Informações sobre avaliação de período de experiência e desempenho;
 - Informações sobre Cultura Organizacional;
 - Informações sobre os benefícios, uniformes, registro do ponto, atrasos, faltas, normas e regulamentos internos e demais direitos e deveres de acordo com as leis vigentes;
- Entrega do crachá de identificação, uniformes e equipamentos de proteção individual;
- Palestra sobre segurança, medicina do trabalho e doenças ocupacionais;
- Palestra sobre gerenciamento de resíduos;
- Palestra sobre controle de infecção relacionada a assistência à saúde;
- Palestra sobre programas de qualidade;

lrm

- Visita às instalações, com apresentação dos setores e seus responsáveis, atividades que o setor desenvolve e sua importância;
- Apresentação de filme institucional ou didático;
- Entrega do novo colaborador à chefia imediata.

Processo de registro de ponto

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança/gestor (coordenação, gerência e diretoria) desde que autorizados.

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização da chefia imediata.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 15 (quinze) minutos diários, desde que previamente autorizadas pela diretoria responsável e informadas no departamento de gestão de pessoas em impresso próprio.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerada falta grave, podendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho, podendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar imediatamente seus gestores sobre as alterações nos registros.

O gestor é responsável por enviar à gestão de pessoas, no dia da ocorrência por correio eletrônico ou outro meio, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança

de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados de hora ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto.

As justificativas que não forem informadas a gestão de pessoas no dia da ocorrência, devem ser informadas considerando o prazo limite, correspondente a 03 (três) dias após o fechamento do período da apuração.

MODELO CONTRATO DE TRABALHO

Am

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, com sede em São Bernardo do Campo, na Av. Robert Kennedy nº2900, Bairro Assunção, CEP 09860-214, no Estado SP, inscrito no CNPJ sob o nº 47.708.771/0001-00

Empregado: XXXXXXX, Casado, portador(a) da Carteira de Identidade nº XXX.XXX.XXX.XX, CPF nº XXX.XXX.XXX.XX, Carteira de Trabalho nº XXXXXXX e série XXXXX, residente e domiciliado na RUA: XXXXX, nº XXX, bairro XXXX, CEP XXXXX-XXX, Cidade XXXXXX, no Estado XX.

As partes identificadas acima, celebram entre si o presente Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado a partir de XX/XX/XXXX, regido pelas cláusulas seguintes e demais disposições legais vigentes:

DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

Cláusula 1ª - O presente contrato de trabalho por tempo indeterminado tem como fundamento a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

DO LOCAL E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Cláusula 2ª - O local de trabalho será O MESMO DA EMPRESA, podendo o Empregador, a qualquer momento, transferir o Empregado em caráter definitivo ou temporário, para outra unidade/filial/estabelecimento, em qualquer localidade deste Estado ou de outro dentro do país.

DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO

Cláusula 3ª - O presente contrato terá duração por prazo indeterminado, sendo assegurado às partes o direito de rescisão a qualquer momento, obrigando-se a parte que desejar rescindi-lo, comunicar a outra com aviso-prévio mínimo de 30 (trinta) dias.

DA JORNADA DE TRABALHO

Cláusula 4ª - O trabalho executado pelo Empregado consistirá na jornada semanal de 36,00, perfazendo um total de 180,00 horas mensais.

DA REMUNERAÇÃO

Cláusula 5ª - O Empregado, na função de AUXILIAR ADMINISTRATIVO, perceberá a quantia mensal de R\$1.767,04 (um mil setecentos e sessenta e sete reais e quatro centavos), efetuados os devidos descontos permitidos por lei além de possíveis descontos por danos causados pelo Empregado, com fundamento no parágrafo único do artigo 462 da CLT.

Cláusula 6ª - O empregado compromete-se a respeitar todas as normas legais da relação de emprego, bem como o regulamento interno da empresa, bem como de utilizar corretamente todos os equipamentos de segurança fornecidos, para fins de cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho.

Cláusula 7ª - Por estarem assim, justos e acordados, firmam o presente contrato de trabalho por tempo indeterminado em 02 (duas) vias de igual teor.

GUARULHOS, XX de Agosto de XXXX

IRMANDADE DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA

(COLABORADOR)

Proposta de pesquisa de Clima Organizacional

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a realização da Pesquisa de Clima Organizacional (PCO) como estratégia de gestão de pessoas, visando mensurar a percepção coletiva dos colaboradores em relação ao ambiente organizacional.

A iniciativa busca compreender como fatores internos impactam diretamente na motivação, produtividade e qualidade de vida no trabalho, fortalecendo o alinhamento entre cultura organizacional, práticas de gestão e necessidades dos profissionais.

Objetivos da Pesquisa

- **Mapear e analisar** o ambiente interno, identificando aspectos críticos que influenciam o clima organizacional.
- **Diagnosticar pontos fortes e oportunidades de melhoria**, considerando a percepção dos colaboradores.
- **Promover o engajamento**, mostrando que a instituição valoriza seus profissionais além da dimensão funcional.
- **Subsidiar ações de melhoria contínua**, visando maior satisfação, retenção de talentos e redução de absenteísmo.

Justificativa

A PCO será um instrumento estratégico para a Santa Casa, pois permitirá:

- Criar uma base estruturada de informações para apoiar decisões gerenciais.
- Identificar fatores motivacionais e desmotivacionais que impactam no desempenho.
- Contribuir para a redução do absenteísmo, uma das principais dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde.
- Reforçar a relação de confiança entre colaboradores e gestão, demonstrando valorização do capital humano.

Metodologia

A pesquisa será conduzida por meio de **questionários estruturados**, aplicados de forma sigilosa e anônima, abrangendo os seguintes eixos temáticos:

- **Comunicação interna** e transparência da gestão.

- **Reconhecimento e valorização profissional.**
- **Condições de trabalho e recursos disponíveis.**
- **Relações interpessoais e trabalho em equipe.**
- **Liderança e gestão de pessoas.**
- **Desenvolvimento e capacitação.**
- **Bem-estar e qualidade de vida no trabalho.**

Resultados Esperados

- Obtenção de um diagnóstico confiável sobre o clima organizacional.
- Fortalecimento da cultura de feedback e do diálogo entre colaboradores e gestores.
- Elaboração de planos de ação direcionados, alinhados às necessidades reais apontadas pela equipe.
- Melhoria contínua da satisfação, engajamento e desempenho dos profissionais.
- Redução progressiva dos índices de absenteísmo.

Considerações Finais

A Pesquisa de Clima Organizacional representa um compromisso institucional da Santa Casa com a valorização de seus colaboradores e com a melhoria da qualidade assistencial.

Ao compreender e integrar as percepções de sua equipe, a instituição reforça sua missão de promover não apenas a excelência no atendimento em saúde, mas também um ambiente de trabalho saudável, motivador e produtivo.

Política de Avaliação de Desempenho

Avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que ela desempenha, e das metas e resultados a serem alcançados, da sua excelência e as qualidades de uma pessoa e, sobretudo, a sua contribuição para o negócio da organização.

Objetivo

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

- Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao gerenciamento de pessoas da Instituição;
- Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores da Instituição;
- Integrar os diversos processos e áreas funcionais;
- Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

A Avaliação de Desempenho é um processo contínuo de acompanhamento do desempenho dos colaboradores, pela ótica individual, buscando atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar as reais necessidades de capacitação e desenvolvimento profissional;
- Fazer reflexão junto ao colaborador acerca de sua atuação trabalhista, ou seja, buscar uma avaliação diagnóstica;
- Avaliar potenciais, otimizando o desenvolvimento profissional;
- Democratizar o trabalho;
- Implantar novas práticas na gestão de pessoas;
- Planejar carreiras;

- Melhorar os processos de gestão no departamento de gestão de pessoas;
- Avaliar as limitações do sistema organizacional (individual, institucional e de atendimento à população);
- Subsidiar o planejamento de contratação de pessoal.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

O departamento de gestão de pessoas é responsável por controlar os contratos durante os períodos de experiência, devendo enviar à chefia imediata de cada área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Processo para Avaliação de Desempenho

A chefia imediata de cada área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias” e “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias”.

Avaliação no período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, etapas:

- A chefia imediata/gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento imediato.

Avaliação no período de experiência de 90 (noventa) dias, etapas:

- A chefia imediata/gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;

- Reprovação: desligamento imediato.

Avaliação de Desempenho Anual

Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de gestão de pessoas e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelas suas chefias imediatas, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

- Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
- Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
- Quantidade de trabalho e produtividade;
- Relacionamento, maneira de agir;
- Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.

Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:

- II. Quanto as informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
- III. Quanto aos materiais e equipamentos por ele utilizados;
- IV. Quanto a comunicação com os gestores;
- V. Quanto a integração na equipe de trabalho;
- VI. Quanto a satisfação na realização das tarefas e atividades.

Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

- VII. Preparação das chefias imediatas para serem agentes multiplicadores do processo;
- VIII. Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
- IX. Aplicação das avaliações.

Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:

- X.
- XI. Análise dos resultados;
- XII. Identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;
- XIII. Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Diretoria Geral e diretoria da área;
- XIV. Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com a chefia imediato ou mediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade;
- XV. Feedback para o colaborador, para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação as suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe;
- XVI. Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e aos programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais

Fluxo do Processo de Avaliação Anual

lcm



Am

Instrumento de Avaliação de Competência e Potencial para Gestores

Instruções

- O colaborador avaliado deverá realizar a autoavaliação preenchendo com um “x” a nota correspondente para cada fator de competência e de potencial;
- Após a autoavaliação do colaborador o seu superior deverá fazer sua avaliação juntamente com o colaborador passando o feedback do desempenho do avaliado;
- O superior fornece recursos ao colaborador, como orientação, treinamento, aconselhamento, informação, equipamento, metas e objetivos a alcançar e cobra os resultados;
- O colaborador avaliado preenche o quadro de concordância para cada competência avaliada pelo seu superior mediante os resultados obtidos e o desempenho e, se for o caso, cobra do gestor recursos necessários;
- Cada competência e potencial deve ser analisado com base na descrição dos graus de avaliação expostos no quadro abaixo (escala de avaliação para cada fator), sendo que cada um desses graus possui uma nota;
- Ao término do preenchimento da escala, somam-se as notas correspondentes de cada item avaliado para o cálculo da nota da competência e do potencial.

Escala de Avaliação para Cada Fator

ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA CADA FATOR	
INSATISFATÓRIO (1 – 4)	Não atende ou atende minimamente às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência e/ou potencial avaliado. Precisa desenvolver-se total ou quase que totalmente na competência. Necessita de interferência permanente do superior/gestor.
1	Não atende às expectativas de desempenho. As evidências são claras sobre o não atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta total desinteresse em melhorar a competência avaliada

2	Muito abaixo das expectativas de desempenho. São raras as evidências de atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta muito pouco interesse para melhorar a competência avaliada.
3	Abaixo das expectativas de desempenho. Há poucas evidências de atendimento aos indicadores avaliados. Apresenta pouco interesse para melhorar a competência avaliada.
4	Ainda abaixo das expectativas de desempenho. As evidências de atendimento aos indicadores ainda são insuficientes. Apresenta algum interesse e empenho para melhorar a competência avaliada. O desempenho oscila entre Insatisfatório e Regular
REGULAR (5 – 6)	Atende parcialmente às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência avaliada. O desempenho alterna entre atendimento e não atendimento. Precisa melhorar o desempenho. Necessita de interferência do gestor com alguma frequência.
5	Demonstra resultado de desempenho abaixo do esperado. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados são insuficientes. Apresenta pouco empenho para desenvolver-se na competência.
6	Demonstra resultado de desempenho parcialmente satisfatório. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados, ora apresentam-se conforme esperado, ora são insuficientes. Apresenta empenho para desenvolver-se na competência. O desempenho oscila entre Regular e Bom.
BOM (7 – 8)	Atende às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho, definido para a competência avaliada. Alcança o padrão esperado, demonstrando resultado de desempenho plenamente satisfatório. Na maioria das vezes o gestor apenas valida o atendimento da competência em relação ao padrão.
7	Demonstra resultado de desempenho satisfatório. Faz normalmente o que se espera. As evidências de atendimento aos indicadores avaliados revelam alcance das expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho.
8	Demonstra resultado de desempenho plenamente satisfatório.

am

	Faz sempre o que se espera. As evidências são claras e objetivas e confirmam o atendimento pleno às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os indicadores avaliados, cujo empenho indica possibilidade de mover-se para o nível seguinte. Por vezes realiza mais do que se espera. O desempenho oscila entre Bom e Excelente.
EXCELENTE (9 – 10)	Supera as expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho definido para a competência. Excede ao padrão esperado, demonstrando desempenho além das expectativas. Agrega melhorias e resultados visíveis, reconhecidos e confirmados no âmbito da empresa.
9	Demonstra resultado de desempenho acima do esperado. Faz normalmente mais do que se espera. Há evidências claras e objetivas de que excede às expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os Indicadores avaliados. Revela uma ótima qualidade de desempenho nos resultados apresentados.
10	Demonstra resultado de desempenho muito acima do esperado. Faz sempre mais do que se espera. Há evidências claras e objetivas de que supera constantemente e consistentemente as expectativas quanto ao padrão esperado de desempenho para os Indicadores avaliados. Desempenho especialmente relevante. Revela uma excelente qualidade de desempenho nos resultados apresentados e potencial para assunção de novas responsabilidades e novos desafios.

Descrição da Competência Avaliada

	DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS AVALIADAS
	CAPACIDADE DE GESTÃO
Capacidade de Mobilização	Mobiliza, envolve e compromete seus colaboradores, visando a realização dos objetivos e metas definidas e estimulando a equipe a valorizar o que faz.
Liderança	Direciona e inspira a equipe para alcançar a visão da empresa, comunicando-se claramente e motivando os seus liderados, dando o feedback do seu desempenho e dos resultados alcançados. Conhece cada membro da sua equipe e sabe utilizar o talento de cada um em prol do seu desenvolvimento e alcance das metas da empresa, criando desta forma uma equipe coesa. Demonstra congruência entre

	a fala e a ação, valoriza o profissional pelo trabalho prestado e celebra as vitórias junto a equipe operacional do serviço.
Assertividade	Possui credibilidade sustentada pela qualidade das suas relações interpessoais frente a equipe, permitindo que os seus liderados se sintam confortáveis em concordar e discordar de suas ideias, estando livres para decidir quais serão suas escolhas, sem perder de vista os objetivos a serem atingidos, baseado no respeito às individualidades.
Delegação/Feedback	Delega e compartilha responsabilidades, tarefas e decisões. Exerce o feedback, praticando o elogio e a crítica, reconhecendo e compartilhando resultados com a equipe.
Monitoramento	Interpreta e repassa informações recebidas, com agilidade, confiabilidade e clareza. Comunica-se com a equipe, visando monitorar seu desempenho e atingir os objetivos pretendidos. Mantém a equipe a par de problemas que possam afetar os processos da área e de suas consequências, estimulando a proposição de sugestões para solução dos mesmos.
Visão Estratégica	Influência estratégias e viabiliza sua aplicação, considerando as tendências dos ambientes interno e externo e as expectativas dos públicos envolvidos. Antecipa e gerencia riscos e oportunidades.
Desenvolvimento/Formação de Sucessores	Auxilia os colaboradores no desenvolvimento dos seus potenciais, gera um clima organizacional favorável ao desenvolvimento e desempenho dos profissionais e forma sucessores.
Tratamento de Conflitos	Trata conflitos, ouvindo, avaliando e decidindo com imparcialidade, dando espaço para a equipe discordar e influenciar em decisões e processos.
	PREPARO E QUALIFICAÇÃO
Capacidade de Orientação	Conhece as atividades e processos da área, assegurando corretas orientações para a sua equipe. Facilita a introdução de novas tarefas ou processos, esclarecendo dúvidas. Acompanha os trabalhos, intervindo quando necessário, explicando detalhes e orientando sobre o solicitado.
Planejamento	Estrutura e sistematiza processos visando o planejamento, acompanhamento e organização das atividades e do ambiente de trabalho para melhor utilização dos recursos.
Comunicação	Escuta atentamente e expressa suas ideias, verbalmente e por escrito, usando uma linguagem clara e objetiva e certificando-se do entendimento das mensagens transmitidas

	ou recebidas. Adota o meio de comunicação adequado ao conteúdo e contexto da informação.
Capacidade de Negociação	Negocia com habilidade com fornecedores, prestadores de serviços e usuários, observando regras, acordos e contratos.
Geração de Conhecimento	Busca, sistematiza, registra e dissemina o conhecimento, de modo a transformá-lo em vantagem para a entidade.
Autodesenvolvimento	Procura evoluir pessoal, profissional e intelectualmente, buscando aperfeiçoamento e atualização contínua de seus conhecimentos.
CAPACIDADE DE TRABALHO EM EQUIPE	
Interação	Interage e mantém bom relacionamento com seus pares, superiores e outras equipes, contribuindo para o trabalho das outras áreas. Atende ao cliente interno e externo, de forma prestativa, segura e com competência técnica, dando resposta aos seus pedidos e sugestões, de modo a valorizar o relacionamento.
Interlocução	Expressa-se de maneira clara e objetiva, ouve os outros e dá respostas consistentes e educadas. Escuta e transmite ideias de forma efetiva, utilizando procedimentos formais e informais e proporcionando dados concretos para apoiar observações e conclusões
Cooperação	Coopera no compartilhamento de ideias, atividades e soluções com os membros da equipe e das demais áreas. Põe-se à disposição espontaneamente para executar outros serviços e auxiliar colegas, de acordo com as necessidades e possibilidades
Motivação	Demonstra capacidade de motivar seus colegas e colaboradores.
COMPROMISSO COM O RESULTADO	
Orientação para Eficiência e Eficácia	Concretiza com eficácia e eficiência os objetivos de seu trabalho, cumprindo as tarefas que lhe são atribuídas com qualidade, sem erros e nos prazos estipulados. Preocupa-se com os custos e atua para o uso racional dos recursos da entidade, atendendo ao padrão final de qualidade, sem desperdícios de material e nos prazos pactuados.
Foco em Objetivos e Metas	Estabelece prioridades, organiza as atividades e as executa adequadamente, de forma metódica e no prazo previsto, para assegurar os objetivos. Define indicadores (prazos, informações, qualidade), objetivos e metas para os processos

	em que atua e/ou que dependem de sua ação gerencial, com o objetivo de alcançar os resultados esperados.
Capacidade Analítica	Tem visão clara de sua função e sabe o que esperar por resultado. Faz apreciações minuciosas, com discernimento e critério. Tem senso crítico e ponderação, reconhecendo as variáveis envolvidas, as ameaças e aproveitando as oportunidades que repercutem na efetividade do negócio. Elabora soluções e toma decisões considerando as variáveis e os riscos inerentes. Identifica causas de problemas existentes e potenciais para ação preventiva.
Busca de Orientação	Busca orientação para solucionar problemas/dúvidas do dia-a-dia diante de situações imprevistas.
Cumprimento de Prazos	Termina tudo o que começa nunca deixando uma atividade inacabada, dentro do prazo esperado e sem prejuízos a qualidade.
Foco em Superação	Esforça-se sempre para superar os resultados estabelecidos previamente, levando em consideração recursos, prazos, custos e qualidade.
VISÃO INSTITUCIONAL	
Interesse pela Instituição	Procura conhecer a estrutura e funcionamento da entidade e os principais produtos e serviços por ela oferecidos. Compreende seu papel nos processos da entidade e tem uma visão global da dinâmica organizacional e das relações entre os processos. Conhece os impactos de seu trabalho nas atividades dos outros colegas/áreas.
Compromisso com Valores	Compromete-se com os valores e princípios da entidade e com sua disseminação.
Visão dos Clientes	Identifica e compreende as necessidades dos clientes e suas expectativas com relação à qualidade dos produtos e serviços da entidade. Busca alternativas para atender participantes e outras partes interessadas, sempre observando as leis, contratos e regulamentos pertinentes.
Articulação	Articula-se com a equipe e promove a melhoria do relacionamento profissional com as outras áreas, buscando parcerias internas e externas para solução de problemas e consecução dos objetivos da entidade.
Normas	Demonstra conhecimento das normas e procedimentos da entidade e compreende a importância de seu cumprimento e atua nesse sentido.
CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS	

Equilíbrio	Realiza seu trabalho de forma equilibrada e convive bem com adversidades, pressões, imprevistos, obstáculos e conflitos. Recebe bem críticas e as trata adequadamente, admitindo erros sem "caçar culpados", apresentando baixo índice de desculpas ou pretextos.
Relacionamento Interpessoal	Trata a todos com respeito, simpatia, presteza e educação, independentemente da hierarquia e do público, buscando um clima de harmonia, confiança e cooperação. Demonstra paciência e capacidade de conviver com diferenças (ritmo, estilo e pensamentos). Tem habilidade para dizer "o que precisa ser dito".
Iniciativa	Antecipa-se, tirando proveito de oportunidades e não deixando acontecer falhas que possam ser evitadas. Demonstra iniciativa diante de imprevistos e pressões.
Automotivação	Demonstra capacidade de automotivação e apresenta energia para implantação de mudanças.
Inovação	Está aberto às inovações e melhores práticas do mercado, visando implementar novas técnicas e procedimentos em sua área. Propõe ideias e soluções inovadoras e possíveis de executar e administra eventuais dificuldade para sua implantação.
Empatia	Consegue colocar-se no lugar do outro para compreendê-lo sob o ponto de vista dele.
Discrição	Trata com confidencialidade os dados da entidade.

Descrição dos Potenciais Avaliados

Am

INDICADORES DE POTENCIAL	DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO
	POTENCIAL PARA GESTÃO
Orientação para o Aprendizado	Apresenta curiosidade e interesse em aprender coisas novas, não necessariamente ligadas ao trabalho atual. Demonstra capacidade para tirar proveito de situações e oportunidades de aprendizado.
Abrangência de Análise	Traz pontos de vista diferentes, mantendo abertura a novas ideias, agregando variáveis não contempladas por outros.
Compreensão Interpessoal	Tem capacidade de ouvir e compreender as percepções e perspectivas dos demais, procurando alinhar os interesses de ambas as partes.
Capacidade de Progressão	Demonstra capacidade de assumir, no curto, médio e longo prazos, uma posição ou atividades de maior amplitude e responsabilidade.
Maturidade Emocional	Apresenta capacidade de lidar com situações de stress e/ou pressão e de receber feedbacks como uma oportunidade para aprender e crescer.
Flexibilidade/Adaptabilidade	Adapta-se a mudanças, a adversidades, a oportunidades e a desafios de mercado, desenvolvendo-se diante de novos cenários.
Comunicação Escrita	Redige, de forma clara, precisa e com profundidade adequada e concisão, textos contendo informações coletadas, percepções, análises, recomendações e outros conteúdos. Consolida informações, colocando foco no essencial e sistematizando em poucas palavras.

Políticas de Cargos e Salários

Cabe ao departamento de gestão de pessoas, a responsabilidade pela definição de procedimentos para a gestão de cargos e salários dos colaboradores, dos diversos níveis hierárquicos, assim como as alterações que se fizerem necessárias, que podem envolver a criação, a extinção ou a reclassificação dos cargos, de com o estabelecido no Plano de Cargos e Salários.

Objetivo

Disciplinar as movimentações de pessoal e propiciar a administração dos cargos e salários da Instituição.

Aplicação

Todos os colaboradores da Instituição.

Premissas

É o instrumento que estabelece a estrutura de cargos da Instituição, define as atribuições, responsabilidades e competências necessárias de cada cargo e estabelece os níveis salariais a serem praticados.

Descrição da Política

A política salarial adotada será fundamentada em três diretrizes principais, que visam assegurar um tratamento salarial equânime e competitivo:

- **Equilíbrio Interno:** coerência salarial que deve existir entre os cargos, considerando o conteúdo e valor relativo (importância) na estrutura da Instituição;
- **Equilíbrio Externo:** adoção no ponto médio da tabela salarial correspondente a média dos salários praticados pelo mercado (salário);
- **Administração Salarial Global:** estabelecimento de política de remuneração total, representando o somatório de salário, remuneração variável e benefícios.

Conceitos Gerais

Classificação de cargos

É a organização dos cargos em grupos, considerando a compatibilidade, equivalência dos requisitos e competências, condições de trabalho e responsabilidades, de acordo com as categorias de cargos estabelecidas, levando-se em conta a natureza dos cargos existentes na Instituição.

Grupo Salarial

É um agrupamento de cargos, cujo conteúdo profissional equivalente justifica tratamento salarial semelhante.

Faixa Salarial

É a variação salarial possível para um determinado grupo de cargos. A amplitude da faixa salarial corresponde à variação entre o maior e o menor salário da faixa.

“Steps” salariais

São os degraus intermediários de uma faixa salarial, definindo o posicionamento frente à política salarial adotada pela Instituição.

Estrutura/tabela salarial

É a organização de uma progressão racional de salários baseados nos relacionamentos entre os valores dos cargos, de modo a distribuir os salários de acordo com o conteúdo profissional de cada cargo.

Na Instituição a tabela salarial tem a seguinte configuração:

- Cargos operacionais;
- Cargos técnicos/administrativos;
- Cargos de liderança.

Cobertura de Ausências

A cobertura de ausências será assegurada por meio de planejamento prévio da força de trabalho, dimensionamento compatível com a demanda assistencial, banco de profissionais qualificados, cadastro reserva para funções estratégicas, remanejamento interno quando tecnicamente viável e reposição tempestiva de profissionais nos casos de férias, licenças, afastamentos e demais ausências. Essas medidas visam garantir a continuidade dos serviços, a manutenção das escalas de trabalho, a segurança assistencial e o cumprimento das metas contratuais.

Gestão das Equipes

A gestão das equipes será realizada de forma integrada pelas lideranças e pela área de Recursos Humanos, com acompanhamento sistemático de indicadores de desempenho, produtividade, absenteísmo, assiduidade e cumprimento das escalas. Serão adotadas ações de supervisão, avaliação de desempenho, educação permanente, feedback e melhoria contínua dos processos de trabalho, promovendo o desenvolvimento profissional, a qualidade da assistência e o alcance dos resultados pactuados no Contrato de Gestão.

Critérios para administração e manutenção do plano de cargos e salários

Alterações salariais coletivas

Quando do acordo/dissídio coletivo, as alterações salariais convencionadas entre, a Instituição e o Sindicato representativo dos colaboradores, deverão ser implementadas e o índice aplicado na correção da tabela salarial. Deve-se evitar a aplicação de índices escalonados, visando à manutenção da coerência da tabela salarial.

As antecipações espontâneas constituem-se por alterações salariais concedidas por liberalidade da Instituição, sendo passíveis de compensação quando da aplicação do acordo/dissídio coletivo ou quaisquer medidas governamentais.

Reclassificação do Cargo

Os casos de aumento ou diminuição de atividades em determinados cargos deverão ser comunicados ao setor de gestão de pessoas que providenciará sua reavaliação e aprovação, caso necessário.

Poderá haver mudança na classificação dos cargos em decorrência dessas alterações.

Criação de Cargo

Caso haja a necessidade de um novo cargo, em razão de serem desenvolvidas novas atividades, deverá ser solicitado ao setor de gestão de pessoas estudos que visem à criação do referido cargo.

Extinção de Cargos

Os cargos em que não haja ocupantes e que por motivos de reestruturação das áreas não venham a ter mais ocupantes, deverão ser comunicados ao setor de gestão de pessoas para serem extintos.

Carreira

É a relação sequencial de cargos com afinidades entre si, com atividades correlatas, competências, conhecimentos específicos e demais requisitos inerentes ao cargo.

Procedimentos

As vagas existentes no quadro de pessoal serão preenchidas, prioritariamente, pelos colaboradores internos, obedecidas as diretrizes e critérios estabelecidos.

O ingresso na carreira dar-se-á, preferencialmente, nos cargos de início de carreira. Havendo interesse da Instituição e considerando-se as qualificações e competências do candidato, o ingresso poderá ocorrer em qualquer nível de cargo da carreira.

O colaborador poderá concorrer a cargos de outra carreira, diferente a carreira do cargo que ocupa, porém deverá possuir as qualificações exigidas e existir compatibilidade em nível salarial.

As vagas serão divulgadas no âmbito da UPA.

Todos os colaboradores, como os candidatos externos, para ingressarem na carreira, passarão por um processo seletivo adequado às exigências de cada cargo. O departamento de gestão de pessoas, em conjunto com a área solicitante, especificará o conteúdo e a forma de seleção dos candidatos.

Critério para Contratação e Movimentação de Colaboradores

Todas as movimentações de cargo estão vinculadas à existência de vaga disponível no quadro de pessoal.

Admissões

As admissões serão processadas mediante aprovação no processo seletivo.

O candidato deverá ser contratado no salário correspondente ao primeiro “step” (mínimo) da faixa salarial relacionado ao seu cargo.

Caso o salário estipulado seja insuficiente para atrair e/ou admitir o recurso humano necessário, o candidato poderá ser administrado na faixa, levando-se em consideração a consistência interna, ou seja, os salários dos demais profissionais já existentes no cargo.

Readaptação

Em caso de readaptação (retorno de licença ou afastamento por longos períodos) o colaborador terá sua situação profissional revista. Poderá haver necessidade de alteração funcional do colaborador, caso existam limitações de saúde que inviabilizem sua permanência no cargo que ocupa.

Promoção

- São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:
 - Possuam no mínimo 12 (doze) meses na Instituição;
 - Possuam no mínimo 12 (doze) meses no cargo atual;
 - Apresentem desempenho adequado e potencial para ocupar um cargo superior ao atual, apurado através de algum sistema formal de Avaliação de Desempenho;
 - Não possuam faltas injustificadas, nos últimos 12 (doze) meses;
 - Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 (doze) meses;
 - Deverá ocupar a vaga, o colaborador melhor classificado no processo seletivo. Caso o percentual de variação seja superior a 20% (vinte por cento) para atingir o inicial da nova faixa, a diferença superior deverá ser escalonada em parcelas com intervalo mínimo de 03 (três) meses. Para os casos em que a variação percentual superior for muito próxima aos 20% (vinte por cento), deverá ser aplicada em uma só vez ou em duas etapas conforme negociação.

Quando o colaborador for promovido e seu salário estiver acima da média (Step III) do novo cargo, não caberá aumento salarial.

Aumento salarial ou alteração de cargo por enquadramento

O aumento salarial por enquadramento consiste na evolução do salário do colaborador dentro da faixa salarial de seu cargo, decorrente da sua contratação frente ao mercado e de sua contribuição e adaptabilidade na empresa ou no seu novo cargo caso tenha sido promovido.

São elegíveis para receber aumento por enquadramento os colaboradores que:

- No caso de admissão, estejam no cargo atual no mínimo há 03 (três) meses até atingir o segundo “Step” e de 06 (seis) meses posterior até atingir o médio da faixa, partindo do seu último aumento salarial;

- No caso de promoção, há carência de 03 (três) meses, contados a partir da data do último aumento salarial até atingir o segundo “Step”, e de 06 (seis) meses posteriores até atingir o médio da faixa, sempre partindo do seu último aumento salarial;

- Para a alteração de cargo por enquadramento, haverá análise específica de cada caso, utilizando-se de instrumento de avaliação formal, não havendo carências e regras pré-estabelecidas.

Caso ocorra uma movimentação de cargo dentro do próprio grupo salarial, poderá ser realizado o enquadramento, seguindo os critérios acima, podendo atingir até o máximo do Step III.

Aumento Salarial por Mérito

O aumento salarial por mérito consiste na evolução do salário do colaborador dentro da faixa salarial de seu cargo, decorrente de seu destacado desempenho.

Os aumentos salariais por mérito ocorrerão em função de verba disponível, previamente prevista em orçamento.

Para tanto, a diretoria, anualmente, em função dos resultados financeiros da Instituição, deverá definir um percentual do orçamento a ser utilizado para a concessão dos aumentos por mérito.

São elegíveis para receber aumento por mérito os colaboradores ativos que:

- Estejam no cargo atual no mínimo há 12 (doze) meses;
- Não tenham recebido aumento salarial individual nos últimos 12 (doze) meses;
- Não estejam no último Step da faixa salarial do cargo;
- Apresentem desempenho superior ao exigido pelo cargo na última Avaliação Formal.

Os colaboradores contemplados com aumento por mérito receberão aumento salarial, correspondente a um Step da faixa do cargo por ano.

Considerações Gerais

Todo e qualquer tipo de alteração de cargo e/ou salário, somente deverá ser comunicado ao colaborador após aprovação formal do departamento de gestão de pessoas, através de formulários específicos, devidamente autorizados pelos responsáveis.

No caso de transferência de área, constatado interesse das partes (Instituição e colaborador), deverá seguir o procedimento de formalização conforme item anterior.

Para a administração do Plano de Cargos e Salários são necessárias, uma adequada gestão e utilização dos critérios definidos nesta norma, sempre atentando que o aspecto salarial está inserido dentro do contexto da Política de Remuneração Global da Instituição.

É necessária a participação consciente dos responsáveis (gestores), exercendo e assumindo sua responsabilidade de gestão dos seus quadros de pessoas.

CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO.

a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reconhecemos que os nossos colaboradores são a chave do sucesso. Nada poderá ser alcançado sem o seu envolvimento.

Várias são as ações que devem ser praticadas para reduzir o absenteísmo, porém, é imprescindível investigar a causa deste ato e trabalhar para redução desse índice que tem impacto significativo no resultado dos processos de gestão da UPA. Dentre elas:

- XVII. Identificar precocemente pela equipe médica do trabalho os agentes agressores que são nocivos à saúde do trabalhador;
- XVIII. Implantar medidas preventivas e corretivas de modo enérgico;
- XIX. Acompanhar os casos de doença crônica já diagnosticadas;

- XX. Estabelecer programas de qualidade de vida e outros concernentes a saúde do trabalhador;
- XXI. Suprir a demanda dos trabalhadores em informações e ações proativas;
- XXII. Ter ética e dinamismo suficiente para acompanhar o ritmo exigido pelo negócio desenvolvido pela empresa.

No que tange à Segurança no Trabalho:

- XXIII. Desenvolver inspeção regular dos locais de trabalho;
- XXIV. Oferecer regularmente aos empregados da empresa informações satisfatórias a respeito de normas de segurança;
- XXV. Conhecer e reconhecer de modo adequado e antecipatório os riscos dos locais de trabalho;
- XXVI. Desenvolver propostas de projetos preventivos de reorganização de área, tarefa e recursos para neutralizar ou erradicar o aparecimento dos acidentes de trabalho.

Responsabilidade Partilhada

As Chefias são os principais responsáveis pelo desenvolvimento de um ambiente onde as pessoas estão comprometidas com o seu trabalho e empenhadas em dar o seu melhor para garantir o sucesso da Instituição. No fundo, estas Chefias desenvolvem os líderes de amanhã. As Chefias têm à sua responsabilidade todas as questões relacionadas com os Colaboradores sob sua influência, dentro dos limites estabelecidos pelas Políticas e Princípios, agindo este como decisor final.

A este nível, a estrutura de Recursos Humanos (RH) apoiará as Chefias a estabelecerem as necessidades do negócio e a definirem os requisitos correspondentes no que toca aos Colaboradores. Neste sentido, a missão dos gestores de RH e das suas equipas é apoiar as Chefias a alcançarem os resultados pretendidos através da otimização do desempenho dos nossos Colaboradores, garantindo condições de trabalho exemplares.

Am

Com a abordagem “Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo in the Market” (IDIM), RH adotará uma abordagem simplificada para assegurar uma liderança funcional com maior foco, eficiência e clareza. A estrutura de RH será baseada em três áreas específicas, as quais oferecem serviços especializados (Centres of Expertise), implementam estratégias de RH dentro de um negócio específico (Business Partners) e apoiam em atividades transacionais (Employee Services).

Pertencer à Instituição

O sucesso a longo prazo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo depende da sua capacidade para atrair, reter e desenvolver Colaboradores capazes de garantir a continuidade e o crescimento sustentável. Esta é aliás a responsabilidade principal de todas as Chefias.

A política da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo passa por contratar Colaboradores com atitudes pessoais e competências profissionais, que lhes permitam um desenvolvimento a longo prazo na Instituição. Neste sentido, é fundamental garantir que existe um forte alinhamento entre os valores do candidato e a cultura da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Apenas as atitudes, as experiências relevantes e o alinhamento com os Princípios da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo são considerados no processo de seleção e recrutamento. Neste processo não será contemplada a origem do candidato, a nacionalidade, a religião, a raça, o gênero, deficiência, orientação sexual ou idade. Apesar de existirem ferramentas específicas para melhorar o processo de seleção e recrutamento, a decisão de contratar um candidato permanece nas mãos do responsável - sendo esta decisão suportada pela equipa de Recursos Humanos da UPA.

Condições de Trabalho e Emprego

Enquanto Instituição de Saúde e Qualidade de Vida, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo compromete-se a garantir a todos os Colaboradores boas condições de trabalho, um ambiente

seguro e saudável e Políticas de flexibilidade que permitam um melhor equilíbrio trabalho-família. Como tal, disponibilizamos condições de trabalho flexíveis sempre que possível e incentivamos os nossos Colaboradores a ter interesses externos, especialmente junto da comunidade.

Paralelamente, as Chefias são responsáveis pela segurança e saúde dentro da sua área de responsabilidade, pelo que são incentivados a desenvolver as suas competências nesta área.

O compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, no entanto, vai para além dos seus próprios Colaboradores. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo preocupa-se com todas as pessoas que trabalham dentro ou fora das suas instalações em obrigações contratuais, como prestadores de serviços. Insistimos para que também estes adotem medidas adequadas de trabalho.

Acreditamos que todas estas condições são essenciais para se construir uma relação baseada na confiança e respeito pelos Colaboradores. Não toleramos qualquer forma de assédio ou discriminação. Assim, as Chefias estão empenhadas em construir e manter, junto das suas equipas, um ambiente de confiança mútua. Recursos Humanos, por sua vez, preza pelo diálogo e procura garantir que a voz dos trabalhadores é ouvida.

Formação e Aprendizagem

A aprendizagem é uma parte fundamental da cultura da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. Todos os Colaboradores são constantemente encorajados a atualizar os seus conhecimentos e a consolidar competências. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo determina as prioridades de formação e desenvolvimento. A responsabilidade de as transformar em ações é partilhada entre os Colaboradores, Chefias e Recursos Humanos. A experiência e a formação no posto de trabalho são as ferramentas de aprendizagem principais. As Chefias são responsáveis por orientar e fazerem coaching aos Colaboradores, de forma a que estes possam ter sucesso nas suas funções.

Na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reconhece-se a importância da melhoria contínua, assim como a partilha de conhecimentos e ideias. O desenvolvimento profissional lateral, a partilha de responsabilidades e o desenvolvimento de equipes funcionais são práticas incentivadas, uma vez que proporcionam competências adicionais, enriquecem o conteúdo do trabalho e aumentam a responsabilização. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também oferece uma vasta gama de atividades de formação e metodologias para apoiar a aprendizagem e o crescimento de todos. Participar num programa não deve ser considerado como uma recompensa, mas como uma componente de desenvolvimento. Adicionalmente existem programas de liderança corporativa que nos ajudam a desenvolver e a manter uma gestão mais qualificada.

As Chefias têm a oportunidade de participar em cursos de formação, que solidificam o conhecimento empresarial e reforçam os valores e os Princípios da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, bem como em programas realizados pelos nossos parceiros estratégicos.

Causas mais frequentes do absentismo

- XXVII. Insatisfação no trabalho;
- XXVIII. Falta de comprometimento com resultados;
- XXIX. Falta de identificação com a tarefa;
- XXX. Ausência de supervisão eficiente/tratamento injusto;
- XXXI. Falta de motivação para o trabalho;
- XXXII. Ausência de feedback;
- XXXIII. Más relações interpessoais e Inter setoriais.

O primeiro passo para controlar o índice é o monitoramento mensal através de indicadores de gestão. O monitoramento nos permitirá entender os motivos e tomar ações através de Programas dirigidos.

Treinamento

Milkovich e Bourdreau (2010) conceituam o treinamento como sendo um processo sistematizado com o intuito de promover a aquisição de habilidades,

regras e atitudes resultando numa melhor adequação entre as características dos colaboradores e as exigências diante de sua função.

Para Dessler (2003), treinamento é um conjunto de métodos usados para transmitir aos funcionários, novos e antigos, habilidades necessárias para o desempenho do trabalho.

Segundo Reginatto (2004), o treinamento ajuda as pessoas a serem mais eficientes, evitando erros, melhorando atitudes e alcançando maior produtividade, pois, por meio dele, podia-se aprender fazendo, reavaliando e mudando comportamentos. Chiavenato (2009) define o treinamento como sendo o processo educacional de curto prazo, aplicado de maneira sistemática e organizada.

O treinamento é uma fonte de lucratividade ao permitir que as pessoas contribuam efetivamente para os resultados do negócio, sendo uma maneira eficaz de agregar as pessoas, a organização e os clientes (CHIAVENATO, 2010).

As Etapas do Processo de Treinamento

É importante entender que é necessário planejar e seguir todas as etapas do processo do treinamento, pois apenas dessa forma, os resultados esperados poderão ser atingidos. As etapas na ordem de execução devem ser (CHIAVENATO 2010):

- Diagnóstico - levantamento das necessidades de treinamento a serem satisfeitas a longo e médio prazo;
- Programação do treinamento - elaboração do programa que atenderá as necessidades diagnosticadas;
- Implementação - aplicação e condução do programa de treinamento.
- Avaliação – verificar os resultados obtidos com o treinamento

Desenvolvimento

O desenvolvimento da organização está diretamente relacionado à sua capacidade de desenvolver pessoas e ser desenvolvida por pessoas (DUTRA, 2009).

As pessoas são o patrimônio das organizações e essas organizações são compostas desde um simples operário até a função de executivo e são essas pessoas que fazem o sucesso da organização (CHIAVENATO 2010).

Em geral, as organizações estão percebendo a necessidade de estimular e apoiar o contínuo desenvolvimento das pessoas, como forma de manter suas vantagens competitivas (DUTRA, 2009).

De acordo com Pacheco, o processo de desenvolvimento de pessoas inclui treinamento e vai além; compreende o autodesenvolvimento, processo esse que é intrínseco a cada indivíduo.

Treinamento e Desenvolvimento de pessoas (T&D) são processos de capacitação de colaboradores. O treinamento se refere à iniciativas pontuais, de curto prazo, e o desenvolvimento para práticas de longo prazo, visando auxiliar o funcionário no seu crescimento profissional.

Treinamento e desenvolvimento de pessoas (T&D) estão entre as ações mais satisfatórias do RH. A partir deles, vemos o crescimento do colaborador: quando os potenciais inatos e adquiridos deixam de ser apostas e geram realizações concretas, como soluções, produtos, serviços e inovação.

A importância para as empresas é evidente. Como as mudanças forçam os negócios a aprender — e elas estão mais frequentes na Era da informação, você verá cada vez mais a educação como parte da cultura organizacional, em vez de ser uma reação diante de problemas e necessidades de curto prazo.

Qual é a diferença entre treinamento e desenvolvimento?

Os dois processos de aprendizagem são importantes para uma gestão estratégica de pessoas e compartilham tipos e métodos de trabalho. No entanto, como esclarece Chiavenato, existe uma diferença do ponto de vista temporal:

O treinamento é orientado para o presente, focalizando o cargo atual e buscando melhorar aquelas habilidades e competências relacionadas como desempenho imediato do cargo.

O desenvolvimento de pessoas focaliza em geral os cargos a serem ocupados futuramente na organização e as novas habilidades e competências que serão requeridas.

Quais são os benefícios do T&D nas empresas?

Quando a Gestão de Pessoas assume o protagonismo na formação dos colaboradores, a empresa colherá frutos importantes. Além de melhorar indicadores-chave de RH, as metas de treinamento e desenvolvimento de pessoas integram a perspectiva de aprendizado e crescimento da estratégia de negócios. Principais ganhos.

Reduzir gaps de competência

O primeiro benefício que se pode observar é também o mais direto. Usamos T&D para reduzir a lacuna entre as competências que temos e as de que necessitamos. E o que necessitamos pode vir de diferentes fontes:

- ✓ Condições para o sucesso da estratégia de negócios;
- ✓ Requisitos para realizar as tarefas de cargos e funções;
- ✓ Busca por cumprir leis, normas e códigos de conduta;
- ✓ Resolução de problemas e crises;
- ✓ Melhorias de produtos ou serviços;
- ✓ Inovação e empreendedorismo interno.

Melhorar indicadores de RH

As competências são conceituadas a capacidade de realização, que tem como elementos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA). Assim, quando pensamos em melhorar turnover, assiduidade, clima organizacional e produtividade, podemos facilmente encontrar a necessidade de T&D.

Um exemplo simples é o do absenteísmo. Um dia, você confere o controle de ponto na sua mesa de trabalho e, então, vê inúmeras faltas no último trimestre. Nesse caso, o que se espera é uma mudança de atitude — que pode ser treinada ou buscada no mercado.

Poderia ser também a falta de habilidades e conhecimentos. O líder de um setor pode reclamar da produtividade do time, e você notar que os colaboradores não dominam a tecnologia do processo produtivo, só para citar um caso.

Desenvolver talentos

A escassez de talentos é um problema enfrentado por diversas empresas. Em levantamento realizado pelo Manpower Group, os contratantes brasileiros apontam a falta de competências técnicas (33%) e comportamentais (19%) entre as principais dificuldades para efetuar uma contratação.

Vantagens dos treinamentos:

Estar in compliance

A situação de conformidade da empresa com normas legais frequentemente é alcançada com o auxílio de treinamentos. Imagine que as leis profissionais passam a exigir um novo tipo de equipamento de proteção individual (EPI), é necessário qualificar para que os colaboradores saibam utilizá-lo.

Lidar com sazonalidade e excesso de demanda

Diversas empresas precisam recrutar profissionais temporários pelo aumento de demanda durante um período do ano ou diante de um pedido fora do padrão. É o tipo de coisa que acontece, e um grande exemplo é a pandemia que assola o mundo. Bem, os treinamentos ajudam a capacitar essa mão de obra no curto prazo.

Melhorar a motivação e o bem-estar dos colaboradores

Por vezes, é preciso agir pontualmente nas questões relacionadas à motivação e ao bem-estar no trabalho. Aqui, também não há como prever todas as variáveis — de crises econômicas à epidemias, há uma série de coisas difíceis de antecipar que podem abalar o moral e a saúde dos profissionais, exigindo treinamentos.

Vantagens do desenvolvimento de pessoas:

Alinhar os treinamentos aos objetivos organizações

O desenvolvimento oferece a visão de longo prazo e, portanto, fornece os critérios para que a Gestão de Pessoas escolha os treinamentos alinhados à estratégia de negócios. Por exemplo, se uma organização pretende abrir dez lojas nos próximos Cinco anos, haverá um plano de desenvolvimento de gerentes e, dentro dele, diversos treinamentos.

Promover o amadurecimento do profissional

Por meio do desenvolvimento, a gestão de pessoas oferece o suporte para o crescimento do colaborador e busca realizar os seus potenciais. Consequentemente ocorre o crescimento do valor do capital humano da empresa.

Atrair talentos

Também será possível constatar uma melhoria na oferta de valor da empresa para colaboradores e candidatos. Ao lado de salários e benefícios, o profissional enxergará as oportunidades de crescimento e evolução na carreira.

Formar líderes

Por fim, o desenvolvimento oferece condições para formar pessoas para as posições-chave. Os líderes serão pratas da casa, já plenamente inseridos na cultura organizacional e com grande senso de fidelidade.

Como funciona o T&D entre níveis hierárquicos?

As práticas de treinamento e desenvolvimento de pessoas precisam estar ajustadas aos níveis hierárquicos da empresa. Isto é, deve existir uma aderência entre as necessidades de cada uma das partes do negócio.

Liderança

Identifica os perfis de liderança desejados pela empresa e desenha o caminho dos colaboradores até o comando das equipes ou para serem lideranças informais. No percurso, haverá diversos treinamentos, avaliações de desempenho e feedbacks no sentido de evoluir a capacidade de motivar, orientar, influenciar e afins.

Gestores

Exige a formação das pessoas para compor os quadros administrativos da empresa, por vezes, sendo trabalhado em conjunto com a liderança. Os

programas, nesse caso, são bastante centrados em planejamento estratégico, pensamento sistêmico e entendimento das características da organização.

Colaboradores

Pode conectar as posições hierárquicas da empresa ou serem voltados para melhorias, como educação continuada, reciclagem, clima, produtividade etc. O segredo, nesse nível, é coletar o máximo de informações porque há grande diversidade de cargos.

As normas, procedimentos e diretrizes referentes à Gestão de Pessoas e Recursos Humanos encontram-se consolidados no Manual de Política Institucional de Recursos Humanos, constante no **Anexo IV deste Plano de Trabalho, passando a integrar este documento como referência para todos os processos relacionados à gestão da força de trabalho.**

7.4 D. Proposta de Programa de Educação Continuada, Treinamentos e Desenvolvimento Profissional Permanente.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá Política Institucional de Educação Permanente em Saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde, nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde, e nas necessidades assistenciais identificadas no território de abrangência das unidades contempladas neste Chamamento Público.

A Educação Permanente em Saúde será compreendida como estratégia contínua de qualificação dos processos de trabalho, baseada na aprendizagem incorporada ao cotidiano dos serviços, na reflexão crítica sobre as práticas profissionais e na construção coletiva de soluções para os desafios assistenciais, gerenciais e operacionais identificados pelas equipes.

A política institucional terá como finalidade promover o desenvolvimento técnico, científico e comportamental dos profissionais, fortalecer a cultura da qualidade e da segurança do paciente, aprimorar a integração multiprofissional e contribuir para a melhoria contínua dos resultados assistenciais e da satisfação dos usuários.

As ações educativas serão planejadas a partir da análise dos indicadores assistenciais, metas contratuais, eventos adversos, não conformidades, manifestações dos usuários, resultados de auditorias, protocolos institucionais, necessidades identificadas pelas coordenações técnicas e demandas apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

A metodologia adotada privilegiará estratégias de aprendizagem significativa e metodologias ativas, utilizando estudos de caso, discussões de situações reais, oficinas práticas, simulações, rodas de conversa, treinamentos em serviço, capacitações presenciais, atividades híbridas e recursos de educação a distância, favorecendo a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos no processo de trabalho.

A Educação Permanente abrangerá todos os profissionais vinculados à execução do Contrato de Gestão, incluindo equipes assistenciais, administrativas, técnicas e de apoio, observando as especificidades de cada serviço e as competências necessárias para o adequado desempenho das atividades desenvolvidas.

As ações serão organizadas por meio de Plano Anual de Capacitação, contendo objetivos, público-alvo, carga horária, metodologia, cronograma, indicadores de acompanhamento e mecanismos de avaliação dos resultados, permitindo monitoramento sistemático da efetividade das atividades desenvolvidas.

A política institucional também estimulará a integração entre ensino, serviço e comunidade, fortalecendo a formação em saúde, a produção do conhecimento, a inovação dos processos assistenciais e o desenvolvimento de práticas colaborativas alinhadas às diretrizes do SUS.

Os resultados das ações de Educação Permanente serão monitorados periodicamente por meio de indicadores de participação, frequência, aproveitamento, avaliação de reação, aplicação prática do conhecimento adquirido e impacto nos indicadores assistenciais, permitindo o aperfeiçoamento contínuo do programa educacional e dos processos de trabalho das unidades.

Política Institucional de Educação Permanente em Saúde

Toda instituição de saúde seja ela, hospital, ambulatório, centro de saúde, consultório se insere nessa categoria denominada construção social, enquanto resultado de um processo histórico de gestão coletiva de valores, cultura, saber e capacidades, que se produzem e reproduzem como práticas em contínuo movimento. Torna-se importante ressaltar esta noção, porque certas formas de entender a gestão de serviços de saúde privilegiaram a noção física de construção (estabelecimento) e deixaram de lado a noção social. Para fundamentar uma proposta de educação permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e de educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem um espaço social. Esse lugar sofre influência de um conjunto de determinações complexas e de origens diversas, como a tecnologia, o financiamento, as políticas sociais, o paradigma médico, as modalidades de formação de pessoal, o mercado de trabalho, a situação do emprego, etc. Esses fatores estão experimentando de muito rápida, importantes transformações que afetam a arquitetura do setor e até mesmo a própria existência dos serviços. Neste contexto devem ressaltar alguns componentes institucionais de importância para se entender as transformações, na medida em que são espaços de realizações práticas: a cultura institucional, a estrutura de poder e o processo de trabalho.

As instituições de saúde, definidas historicamente como lugares de ciência e de cura, geram hábitos e dinamicamente os mantêm. São produtos da história, produzem práticas individuais e coletivas e, portanto, produzem história. Asseguram a vigência de experiências passadas que, incorporadas em cada organismo sob a forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem a garantir a conformidade das práticas e sua constância através do tempo. de um modo mais seguro que todas as normas explícitas. O habitus institucional é o ambiente cultural e ideológico em que transcorre o trabalho em que se produzem. pautados por normas implícitas e explícitas (gestão), os encontros e desencontros entre profissões e profissionais, aonde acontecem de forma definitiva às relações de produção de serviços.

O processo de trabalho que se realiza nas instituições de saúde (seja de atenção médica ou de saúde integral) caracteriza-se por sua grande complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Afirma-se, com razão, que um hospital é uma das instituições de maior complexidade em razão da diversidade de profissões, profissionais, usuários, tecnologias, relações sociais e interpessoais, formas de organização, espaços e ambientes que comporta. Mas, essa complexidade existe principalmente em razão da natureza dos processos que compõem sua finalidade: os processos de saúde, enfermidade, mortes como também em razão das variáveis que entram em jogo nas decisões e ações que esses processos acarretam.

O processo de trabalho pode ser caracterizado como modalidade de organização que conjuga uma gama de fatores, como a tecnologia, os recursos (materiais econômico e financeiro) e o pessoal, para sua transformação em determinado produto ou resultado (neste caso, atenção médica ou atenção integral), capaz de satisfazer uma necessidade socialmente determinada, como finalidade desse processo. Em saúde esse processo é bastante heterogêneo, englobam muitos outros processos de trabalho, alguns dos quais aparentemente sem relação si. Embora tenham uma finalidade em comum, esta muitas vezes não aparece claramente ou é alterada, em razão da forma de organização do processo e sua articulação com outros (semelhantes ou diferentes). Sem dúvida, se existe uma característica da atual ordem de trabalho nas instituições de saúde que defina o técnico e o social, esta característica é a fragmentação está baseada no princípio de Taylor da separação entre concepção e execução da atividade, como condição de produtividade. Trata-se de uma fragmentação que encerra várias dimensões: conceitual (entre pensar e fazer), técnica (definida pela aplicação de diversos conhecimentos e tecnologias por diversos trabalhadores cada vez mais especializados) e social (estabelecem-se relações de hierarquia e subordinação - divisão social - internamente e entre diversas categorias profissionais).

A gestão de pessoal e a qualidade

A proposta de educação permanente assume como objetivo a melhoria de qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo. Aqui é necessário estabelecer do que se falam quando se faz referência à qualidade do serviço em saúde. A primeira observação a se levar em conta é que a maior parte da bibliografia existente a esse respeito se refere à qualidade da atenção médica, grande parte da qual se deriva dos postulados da "boa medicina", formulados por Lee e Jones a década de 30, baseados no paradigma flexneriano de qualidade.

Na condição crítica da prestação e entrega de serviços públicos a necessidade e o desafio de se elevar a qualidade da atenção é um objetivo maior (junto com a universalidade do acesso) ligado à construção desse contrato social rompido, mencionado anteriormente. Não se pode falar em qualidade sem se considerar o princípio da igualdade: não existe qualidade de um serviço sem igualdade. De certa forma pode-se dizer que a qualidade da atenção é um critério ou requisito do estatuto de cidadania no que se refere à saúde. Outros autores se referem também a esta dimensão ética e política como o componente humano da qualidade do serviço de saúde. Entende-se o trabalho em saúde como uma prática complexa que tem como consequência uma dimensão técnica (que supõe a aplicação de conhecimento e tecnologia para satisfazer necessidades relevantes da sociedade) e uma dimensão social (que se refere às relações sociais por ela mobilizadas e aos intercâmbios simbólicos que isso supõe). Esse trabalho complexo, heterogêneo, desigual e combinado segue sendo em essência organizado sob cânones tayloristas, mas com características de indefinição de funções e de ausência de uma função intencional de gestão de trabalho. Chama atenção esta carência, considerando-se que os hospitais estão entre as instituições sociais mais complexas, conflituosas e numerosas de pessoal que existem. Essas condições fazem com que os projetos que articulam estratégias de educação permanentes e objetivos de melhoria da qualidade de trabalho e o serviço sejam enormes desafios técnicos e políticos. Nesse desafio,

o papel desempenhado por uma gestão de pessoal centrada no trabalho é de grande importância.

O momento crítico atual dos serviços públicos caracteriza-se pela conjunção de maiores demandas por qualidade dos serviços (em confronto com as prioridades oferecidas pelos serviços) e a fragilidade dos paradigmas administrativos para poder atendê-las. Essas exigências induzem a mudanças de diferentes orientação e alcance, algumas das quais podem oferecer caminhos para o avanço de estratégias de mudança do trabalho para a qualidade. É um erro pensar que essas mudanças acontecerão de um dia para outro e que serão normalmente positivas, como também é um erro pensar que somente em instituições democráticas e participativas (que no momento são exceções) existem condições para uma mudança como essa que se propõe. Ao contrário, pode-se dizer que o caminho para se construir essas novas instituições passa pelas fases das mudanças no trabalho e das possibilidades da educação permanente no serviço. Essas demandas por capacidade gerencial e qualidade obrigam a buscar além de um novo perfil gerencial e implementação de estratégias adequadas de capacitação, novos paradigmas e modos de organização, ou seja, novas práticas de gestão, principalmente no que se refere à gestão do trabalho. Esta é uma condição necessária para um projeto de educação permanente para a qualidade do trabalho e do serviço.

A perspectiva de gestão de trabalho coletivo traz uma nova visão sobre a pergunta: "Quem deve estar envolvido com as mudanças?". Nessa visão se assume a participação de todos os trabalhadores envolvidos em cada um dos problemas em estudo na instituição, com uma nova lógica que define a equipe de trabalho não mais por categorias profissionais ou serviços e programas formalmente definidos, mas, sim, por participação efetiva no processo de trabalho em análise.

Por influência do modelo predominante de formação de profissionais de saúde, há uma tendência a privilegiar a abordagem da dimensão técnica do cuidado quando se enfrenta um problema e, particularmente, a valorizar mais o domínio do conhecimento científico em si que a pertinência de sua aplicação.

Sob uma perspectiva de trabalho para a qualidade, o conhecimento não é o único atributo da competência profissional. Seu valor está na possibilidade de que seu uso se oriente em assegurar a satisfação das necessidades do usuário. Considerando-se que essas necessidades são complexas, diversas e variáveis, e considerando-se também que o processo e a divisão do trabalho também se modificam, a criatividade, o encontro com outros conhecimentos, a flexibilidade e a abertura para a busca permanente de novos conhecimentos passam a ser atributos também valorizados. E são justamente os processos de reflexão sobre os problemas da prática do trabalho e da busca das intervenções necessárias para alcançar a imagem de qualidade que permitem o exercício e a construção desses atributos. Muitas vezes os profissionais se veem inclinados a buscar cursos de reciclagem e atualização para obter novos conhecimentos, com a expectativa, geralmente frustradas, de que nesses cursos encontrarão os caminhos e as receitas para a transformação de sua prática.

O projeto de educação permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho é um projeto institucional, o que supõe mudanças na cultura institucional e no estilo de gestão, mas também é, em todos os casos, um projeto grupal, das equipes de saúde. É um trabalho de grupo a análise estratégica da situação institucional, a problematização da missão (revisão ou reencontro), a construção da imagem objetiva de qualidade e o momento essencial do processo: a definição dos problemas de qualidade sobre os quais se vai intervir. Do mesmo modo, tanto o componente programático educacional como as diversas estratégias de gestão pessoal se caracteriza por sua orientação aos grupos e por sua definição conjunta, coletiva, participativa. O objetivo estratégico de todo o processo é o reencontro com o trabalho solidário, com a reconstrução das equipes, com a satisfação do pessoal como condição básica de um serviço de saúde com equidade e qualidade.

Qualidade no serviço: esforço de todos

Esta característica consiste na definição coletiva (por equipe ou equipes de trabalho) da imagem ou imagens-objetivo de qualidade do serviço que

fornece e de seu próprio trabalho, assim como dos problemas que impedem o êxito dessa imagem. É uma atividade que combina elementos técnicos (critérios de qualidade fornecidos pela gestão) e elementos axiológicos derivados da missão institucional. É o momento em que se escuta dos usuários sua apreciação do serviço que recebem e as propostas que podem fazer para melhorá-lo. Esta primeira aproximação da interface serviço/população deve ser completada com a análise das relações internas de cliente/provedor que foram estabelecidas no serviço (recorde-se da relação consultório/laboratório, por exemplo). O resultado desse momento é um conjunto de imagens-objetivo para as equipes e que funcionam também como critério de gestão. O momento seguinte é a definição dos problemas de qualidade, que segundo os peritos de gestão de qualidade é o aspecto mais delicado e requer mais tempo. O propósito explícito é identificar aqueles problemas que impedem que o serviço alcance sua imagem de qualidade, ou seja, aqueles problemas de trabalho de pessoal que contribuem para essa dificuldade. A identificação dos problemas se faz sempre “contra” essa imagem ou imagens de qualidade que antes foram construídas. Diz-se que são imagens porque precisamente “ajudam a enxergar” os problemas de qualidade. Nem todos os problemas existentes são problemas de qualidade, somente aqueles que contrastam com as imagens.

Para a identificação dos problemas se faz uso de diversas possibilidades: experiências individuais ou grupais, revisão de informação existente (estatística ou não, quantitativa ou qualitativa) nos diversos ambientes ou unidades comprometidas.

Para iniciarmos o Plano de educação permanente iremos abordar temas que farão parte da rotina das equipes multiprofissionais.

No decorrer das atividades realizadas nos plantões de 24h surgirão demandas que serão inseridas dentro do plano de forma prioritária.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Segue o cronograma a ser seguido, não necessariamente nessa ordem, mas são atividades rotineiras que precisam ser abordadas para que o

atendimento seja realizado com excelência. Após o início das atividades serão avaliadas o grau de necessidade e prioridade. Caso haja necessidade de adequação e abordagem de novos temas estes serão definidos em momento oportuno.

Cronograma de Atividades Educação Permanente

TÍTULO	PÚBLICO
1 - Segurança do Trabalho: NR32	Toda equipe
2 - Anotações de enfermagem e passagem plantão	Equipe Enfermagem
3 - Cuidados com drenos, sondas e cateteres	Equipe Enfermagem
4 - Feridas e curativo	Equipe Enfermagem
5 - Esterilização de materiais hospitalares	Equipe Assistencial (equipe enf, médico, fisioterapeuta)
6 - Ventilador Mecânico	Equipe Assistencial (equipe enfermagem)
7 - Drogas Vasoativa	Rouparia, Copa, Recepção
8 - Hotelaria	Toda equipe
9 - Atendimento de Qualidade	Toda equipe
10 - Gestão de Conflitos	Equipe Administrativa
11 - Como atender melhor o seu cliente	Equipe de Enfermagem
13 - Acolhimento com classificação de risco	

Calendário de Saúde

As campanhas estimulam o cuidado preventivo de doenças. Tratar uma enfermidade tem um custo muito maior do que as ações para evitá-la. Em conjunto com a Secretaria de Saúde Municipal, a Entidade promoverá mensalmente nos setores de recepção junto aos usuários, campanhas de prevenção de doenças que vão desde folders informativos e vídeos abordando temas voltados a patologias de acordo com as características epidemiológicas

do Município bem como em alusão a campanhas. Ex.: outubro rosa, novembro azul, entre outros.

Calendário da Saúde

 CALENDÁRIO DA SAÚDE 	
Mês / Referência	Ação
Janeiro Branco	Dedicado aos cuidados à Saúde Mental
Fevereiro Laranja	Conscientização sobre a Leucemia e a importância da doação da Medula
Março Vermelho	Prevenção ao Câncer Renal
Abril Colorido	Conscientização sobre o autismo
Maio Marrom	Prevenção à infecção hospitalar
Junho vermelho	Conscientização para doação de sangue
Julho Amarelo	Conscientização sobre a prevenção das hepatites virais
Agosto Dourado	Incentivo à amamentação
Setembro Verde	Conscientização e Incentivo à Doação de órgãos
Outubro Rosa	Prevenção ao câncer de mama
Novembro Azul	Prevenção ao câncer de próstata
Dezembro Vermelho	Prevenção contra a AIDS e outras DST's

OBS: Este Cronograma poderá ser alterado conforme propostas alinhadas diretamente com a Secretaria Municipal de Saúde e setores de vigilância.

Resultados Esperados da Educação Permanente e Continuada

- ✓ Satisfação: Quanto mais a empresa investe em desenvolvimento nos colaboradores, mas eles se sentem pertencentes. Assim, aumenta também a satisfação dentro do ambiente de trabalho.

- ✓ Mais Resultados: preparar e qualificar uma equipe faz com que estejam melhor preparados para os desafios cotidianos. Dessa forma, quanto mais conhecimentos tiverem, maior será o nível de bons resultados.
- ✓ Redução de Turnover: Ao investir em desenvolvimento humano a empresa está também, investindo no engajamento do colaborador. Estes se sentem motivados com a cultura organizacional e com o papel que estão desempenhando, pois estarão melhor preparados para os desafios profissionais.
- ✓ A equipe melhor preparada e satisfeita em seu trabalho, terá condições de propiciar um melhor atendimento à população.]

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino-aprendizagem' e como uma 'política de educação na saúde'. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Cada organização vive seus cenários políticos, onde atores sociais específicos, com ações, interesses e poderes distintos, compõem seu próprio jogo social. Por isso, e por suas características inovadoras, os arranjos de Apoio Institucional desenvolvem-se de forma muito singular em cada organização. Nesse contexto, a Educação Permanente apresenta-se como a principal ferramenta do Apoiador, tanto para promover ampliação da capacidade de reflexão e de análise dos coletivos, quanto para tornar possível a sua própria formação no cotidiano do seu processo de trabalho.

Sentir a necessidade de mudança é uma condição indispensável para que um gestor ou trabalhador da saúde mude ou incorpore novos conceitos e ferramentas à sua prática. Essa necessidade não pode ser imposta e deve ser proveniente de um profundo questionamento sobre a suficiência de sua maneira de fazer ou pensar seu processo de trabalho no enfrentamento dos desafios cotidianos.

Considerando as características apresentadas sobre o desenvolvimento do Apoio Institucional como modo de inovar a gestão do SUS, identifica-se a

Educação Permanente como a principal estratégia utilizada pelos Apoiadores para estimular mudanças de práticas na gestão e no cuidado em saúde. A Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccim (2005, p. 976), "constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente".

Educação Permanente em Saúde é, portanto, um conceito estratégico para qualificação da gestão e da assistência, pois toma como matéria prima as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.

Processos de Educação Permanente baseiam-se em metodologias ativas de ensino, como a aprendizagem significativa e a problematização. Nesse sentido, o aprender e o ensinar incorporam-se no cotidiano das organizações e do trabalho tendo como referência as necessidades das pessoas (sejam trabalhadores, gestores ou usuários), colocando-as como protagonistas dos Conforme Ceccim e Faria (2009), na Educação Permanente, existe a troca e o intercâmbio, o "estranhamento" e a "desacomodação" com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Diante disso, o Apoiador, ao lançar mão dessa estratégia para ativar coletivos em processos de mudança, deve considerar que todos (inclusive ele) são, ao mesmo tempo, educandos e educadores apoiadores e apoiados.

O Apoio Institucional, alicerçado no pressuposto da Educação Permanente, promove a proatividade dos trabalhadores, estimula a sua criatividade e propicia um campo fértil de produção de conhecimento em suas vivências marcadas por fracassos, sucessos, dificuldades e aprendizados.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino-aprendizagem' e como uma 'política de educação na saúde'. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Acerca da implementação e organização das Práticas de Educação Permanente, será disposta nos moldes da portaria do Ministério da Saúde nº 278/2014, que dispõe *“in verbis”*:

PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014

Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

O MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o inciso III do art. 200 da Constituição Federal de 1988;

Considerando o inciso I do art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor;

Considerando a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, de 2003, norteadada pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, pelo fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; pelo aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; pelo estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; pela identificação das necessidades sociais de saúde; pela mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; e pelo compromisso com a ambiência e com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;

II - aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho;

III - Plano de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (PEP-MS): plano norteador dos processos educativos dos trabalhadores do Ministério da Saúde, construído coletivamente pelas Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados;

IV - ações de educação regionalizadas/territorializadas: ações de educação a serem executadas de forma regionalizada/territorializada, com o intuito de ampliar o acesso às ações de desenvolvimento e otimizar a utilização dos recursos;

V - áreas de educação: unidades ou equipes do Ministério da Saúde com competência e atribuições de gestão e/ou execução de ações de educação;

VI - ações de educação: reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios ou estágios, oficinas, seminários, congressos e outras, que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores, em consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde;

VII - servidor público federal: profissional legalmente investido em cargo público efetivo, em comissão ou temporário, da Administração Pública Federal;

VIII - trabalhador do Ministério da Saúde: todo profissional que presta serviço ao Ministério da Saúde, independentemente do vínculo institucional.

Art. 3º A Política de Educação Permanente em Saúde no Ministério da Saúde deve considerar:

I - as especificidades das Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados;

II - as políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - a necessidade de superar a fragmentação dos processos de trabalho;

IV - as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde; e

V - a capacidade instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 4º São diretrizes para a Educação Permanente em Saúde no Ministério da Saúde:

I - valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde no Ministério da Saúde, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS;

II - fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais;

III - promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas;

IV - favorecer a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do Ministério da Saúde;

V - articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no Ministério da Saúde;

VI - fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde de forma compartilhada e participativa, no âmbito do Ministério da Saúde;

VII - contribuir para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS;

VIII - constituir-se como uma estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde; e

IX - valorizar as múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem.

Art. 5º No que concerne à Política de Educação Permanente no Ministério da Saúde, são atribuições da:

I - Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP):

- a) promover a articulação entre a política de gestão de pessoas do governo federal e a política de educação na saúde no âmbito do Ministério da Saúde;
- b) coordenar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, definindo coletivamente as prioridades e pactuando as corresponsabilidades de cada área;
- c) financiar as ações de educação constantes no PEP-MS e prestar conta da execução dos recursos aos órgãos competentes;
- d) incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica no Ministério da Saúde e as parcerias estabelecidas com instituições de ensino; e

II - Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP):

- a) planejar coletivamente o PEP-MS, considerando os objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério e as especificidades regionais;
- b) apoiar e cooperar, tecnicamente, as Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados para a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a partir dos problemas dos processos de trabalho e das competências institucionais de cada área;
- c) estabelecer parcerias com instituições educacionais para a implementação do PEP-MS, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde e da legislação vigente; e
- d) acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde, implementadas no Ministério da Saúde.

Art. 6º O PEP-MS deve ser construído de maneira coletiva, propiciando amplo debate e tendo por base o planejamento participativo e ascendente.

§ 1º O processo de discussão e construção do PEP-MS dar-se-á com a participação efetiva dos trabalhadores, considerando a análise estratégica do

contexto do Ministério da Saúde e a intencionalidade das políticas públicas em saúde.

§ 2º As ações de educação do PEP-MS devem incluir todos os trabalhadores atuantes no Ministério da Saúde, tendo em perspectiva a diversidade de vínculos existentes e a legislação vigente.

Art. 7º As ações de educação do PEP-MS devem ocorrer, preferencialmente, por meio dos espaços coletivos de trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais.

Parágrafo único. Deve ser priorizada a forma coletiva de aprendizagem orientada para as equipes que atuam em processos de trabalho compartilhados, suprimindo as lacunas de conhecimento identificadas no cotidiano.

Art. 8º A definição das estratégias de execução das ações de educação regionalizadas/territorializadas é de responsabilidade das áreas de educação das Unidades do Ministério da Saúde nos Estados.

Art. 9º A relação com as instituições de ensino parceiras será pautada pelas diretrizes e dispositivos desta Portaria.

Parágrafo único. A gestão das ações de educação deve ter condução e coordenação compartilhadas entre as áreas de educação, técnicas, instituições parceiras e instrutorias, quando for o caso.

Art. 10. As ações de educação serão organizadas em um plano de trabalho, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, conforme roteiro apresentado no anexo a esta Portaria.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO
ANEXO

Am

	Ministério da Saúde Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas		Plano de Trabalho da Ação de Educação
1. NOME DA AÇÃO			
2. JUSTIFICATIVA (Como a ação de educação poderá atuar enquanto estratégia de enfrentamento diante da análise de contexto dos problemas identificados pelas equipes no processo de trabalho).			
3. OBJETIVO DA AÇÃO			
4. METODOLOGIA			
5. RESULTADOS ESPERADOS			
6. PARTICIPANTES (nº de participantes, identificação do perfil e áreas de atuação).			
7. TITULAÇÃO/CERTIFICAÇÃO A SER CONFERIDA (se for o caso)			
8. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO			
Avaliação do aprendizado:		Avaliação da ação:	
9. DADOS GERAIS			
Carga horária:		Custos:	Financiamento:
Cronograma de execução financeira: (anexar a este plano de trabalho, a planilha de custo/memória de cálculo da ação).			
Material pedagógico a ser fornecido:			
Dados da instituição parceira ou do instrutor, quando for o caso (incluir contatos: telefones, endereço e e-mail):			
10. RESPONSÁVEL PELA AÇÃO DE EDUCAÇÃO			
(incluir contatos: telefones, endereço e e-mail) Declaro que as informações acima são a expressão da verdade.			
_____ (Local e Data) (Assinatura)			

Plano Anual de Capacitação

lcm

PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



Compromisso com a
qualidade, segurança
e humanização do
cuidado em saúde.



Qualificação continua das equipes, desenvolvimento profissional e melhoria da assistência

SEGURANÇA DO PACIENTE
Promoção de práticas seguras e gestão de riscos.

PROTÓCOLOS CLÍNICOS
Atualização de condutas e melhores práticas assistenciais.

ATENÇÃO PRIMÁRIA
Fortalecimento da APS e promoção da saúde.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Agilidade, resolutividade e qualidade no atendimento.

INTEGRAÇÃO MULTIPROFISSIONAL
Trabalho colaborativo e cuidado centrado na pessoa.

OBJETIVOS DO PLANO		CRONOGRAMA ANUAL DE CAPACITAÇÕES												EIXOS TEMÁTICOS	
TEMA / ATIVIDADE	PÚBLICO ALVO	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
Integração Institucional e Boas Práticas	Novos colaboradores	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Segurança do Paciente	Gestão de riscos, protocolos e eventos adversos.
Segurança do Paciente e Gestão de Riscos	Equipe multiprofissional	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Qualidade Assistencial	Protocolos clínicos, fluxo de atendimento e boas práticas.
Protocolos Clínicos e Assistenciais	Equipe assistencial	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Atenção Primária à Saúde	Promoção da saúde, prevenção e cuidado longitudinal.
Classificação de Risco e Acolhimento	Enfermagem e Médicos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Urgência e Emergência	Suporte básico e avançado, fluxos e condutas.
Atenção Primária à Saúde e ESF	Equipes ESF, EAP e EMAD	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Humanização	Acolhimento, comunicação e experiência do usuário.
Urgência e Emergência	Equipe assistencial	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Tecnologia e Informação	e-SUS, prontuário eletrônico e segurança da informação.
Humanização e Comunicação	Todos os colaboradores	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Assistência Farmacêutica	Uso racional de medicamentos e farmacovigilância.
Sistemas de Informação	Profissionais envolvidos com sistemas	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Biossegurança	Prevenção e controle de infecções relacionadas à saúde.
Assistência Farmacêutica	Farmácia e Enfermagem	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Gestão e Indicadores	Monitoramento, metas e melhoria contínua.
Biossegurança e Controle de Infecção	Todos os colaboradores	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
Indicadores, Qualidade e Metas Assistenciais	Coordenadores e Liberadores	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
Segurança do Trabalhador	Todos os colaboradores	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		

★ Cronograma sujeito a alterações conforme necessidades institucionais, demandas da SMS e alterações normativas.

PERIODICIDADE DAS AÇÕES		RECURSOS E METODOLOGIAS		RESULTADOS ESPERADOS	
ANUAL	Ações contínuas e integração de novos colaboradores	TRIMESTRAL	Capacitações técnicas e protocolos prioritários	✓	Profissionais capacitados e motivados
SEMESTRAL	Temas essenciais para atualização e alinhamento das equipes	TRIMESTRAL	Capacitações técnicas e protocolos prioritários	✓	Processos mais seguros e eficientes
SEMESTRAL	Temas estratégicos e análises de resultados institucionais e normativas	TRIMESTRAL	Capacitações extraordinárias institucionais e normativas	✓	Melhoria dos indicadores assistenciais
		TRIMESTRAL	Capacitações extraordinárias institucionais e normativas	✓	Satisfação dos usuários e equipes
		TRIMESTRAL	Capacitações extraordinárias institucionais e normativas	✓	Qualidade e humanização do cuidado

Cuidar de pessoas é a nossa missão.
Qualificar equipes é o nosso compromisso.

O Plano Anual de Capacitação constituirá o instrumento formal de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo nas unidades objeto deste Chamamento Público.

Sua elaboração observará as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as prioridades assistenciais definidas pelo Sistema Único de Saúde, as necessidades identificadas no território municipal, as metas estabelecidas no Contrato de Gestão e os processos de melhoria contínua desenvolvidos pela instituição. A construção do plano ocorrerá de forma integrada entre a gestão, coordenações técnicas, equipes assistenciais e Secretaria Municipal de Saúde, garantindo alinhamento entre as necessidades do serviço e os processos de qualificação profissional.

O planejamento anual será fundamentado na análise de indicadores assistenciais e operacionais, metas contratuais, eventos adversos, não conformidades, resultados de auditorias, manifestações dos usuários, avaliações de desempenho, atualizações normativas e necessidades identificadas pelas equipes multiprofissionais durante a execução dos serviços.

Considerando as características do objeto contratual, o Plano Anual de Capacitação contemplará, prioritariamente, ações relacionadas a:

- ✓ Política Nacional de Humanização e acolhimento;
- ✓ Segurança do Paciente e gestão de riscos;
- ✓ Protocolos clínicos e assistenciais;
- ✓ Classificação de Risco e acolhimento em Urgência e Emergência;
- ✓ Atendimento às urgências e emergências clínicas;
- ✓ Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Linhas de cuidado da mulher, criança, adolescente, adulto e idoso;
- ✓ Controle e acompanhamento de condições crônicas;
- ✓ Imunização e vigilância em saúde;
- ✓ Saúde Bucal;
- ✓ Assistência farmacêutica e uso seguro de medicamentos;
- ✓ Regulação, prontuário eletrônico, e-SUS APS e sistemas oficiais de informação;

- ✓ Qualidade assistencial e monitoramento de indicadores;
- ✓ Controle de infecção, biossegurança e precauções assistenciais;
- ✓ Atendimento às pessoas com deficiência e condições especiais de saúde;
- ✓ Ética profissional, legislação do SUS e políticas públicas de saúde;
- ✓ Saúde e segurança do trabalhador.

Em conformidade com as metas qualitativas previstas no edital, será garantida a realização de ações periódicas de Educação Permanente, contemplando conteúdos compatíveis com as necessidades assistenciais das unidades e com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Cada ação educacional será formalmente planejada, contendo objetivo, público-alvo, conteúdo programático, metodologia, carga horária, responsável técnico, critérios de avaliação e mecanismos de comprovação da participação dos profissionais.

As atividades poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos presenciais, oficinas práticas, simulações realísticas, estudos de caso, rodas de discussão, capacitações em serviço, reuniões técnicas, educação híbrida e plataformas de aprendizagem, favorecendo a integração entre teoria e prática e a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos nos processos de trabalho.

O acompanhamento do Plano Anual de Capacitação será realizado por meio de indicadores de participação, frequência, avaliação de aprendizagem, avaliação de reação e monitoramento do impacto das ações educacionais nos indicadores assistenciais, operacionais e de qualidade das unidades.

Os registros das atividades realizadas integrarão o Sistema de Gestão da Qualidade da instituição e subsidiarão a prestação de contas contratual, permitindo demonstrar à Secretaria Municipal de Saúde o cumprimento das ações de Educação Permanente previstas para o período e o compromisso institucional com a qualificação contínua dos profissionais e a melhoria da assistência prestada à população.

O Plano Anual de Capacitação constituirá o instrumento formal de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pela Irmandade da Santa Casa de

Misericórdia de São Bernardo do Campo nas unidades objeto deste Chamamento Público.

Sua elaboração observará as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as prioridades assistenciais definidas pelo Sistema Único de Saúde, as necessidades identificadas no território municipal, as metas estabelecidas no Contrato de Gestão e os processos de melhoria contínua desenvolvidos pela instituição. A construção do plano ocorrerá de forma integrada entre a gestão, coordenações técnicas, equipes assistenciais e Secretaria Municipal de Saúde, garantindo alinhamento entre as necessidades do serviço e os processos de qualificação profissional.

O planejamento anual será fundamentado na análise de indicadores assistenciais e operacionais, metas contratuais, eventos adversos, não conformidades, resultados de auditorias, manifestações dos usuários, avaliações de desempenho, atualizações normativas e necessidades identificadas pelas equipes multiprofissionais durante a execução dos serviços.

Considerando as características do objeto contratual, o Plano Anual de Capacitação contemplará, prioritariamente, ações relacionadas a:

- ✓ Política Nacional de Humanização e acolhimento;
- ✓ Segurança do Paciente e gestão de riscos;
- ✓ Protocolos clínicos e assistenciais;
- ✓ Classificação de Risco e acolhimento;
- ✓ Atendimento às urgências e emergências clínicas;
- ✓ Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Linhas de cuidado da mulher, criança, adolescente, adulto e idoso;
- ✓ Controle e acompanhamento de condições crônicas;
- ✓ Imunização e vigilância em saúde;
- ✓ Saúde Bucal;
- ✓ Assistência farmacêutica e uso seguro de medicamentos;
- ✓ Regulação, prontuário eletrônico, e-SUS APS e sistemas oficiais de informação;
- ✓ Qualidade assistencial e monitoramento de indicadores;
- ✓ Controle de infecção, biossegurança e precauções assistenciais;
- ✓ Atendimento às pessoas com deficiência e condições especiais de saúde;

- ✓ Ética profissional, legislação do SUS e políticas públicas de saúde;
- ✓ Saúde e segurança do trabalhador.

Em conformidade com as metas qualitativas previstas no edital, será garantida a realização de ações periódicas de Educação Permanente, contemplando conteúdos compatíveis com as necessidades assistenciais das unidades e com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Cada ação educacional será formalmente planejada, contendo objetivo, público-alvo, conteúdo programático, metodologia, carga horária, responsável técnico, critérios de avaliação e mecanismos de comprovação da participação dos profissionais.

As atividades poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos presenciais, oficinas práticas, simulações realísticas, estudos de caso, rodas de discussão, capacitações em serviço, reuniões técnicas, educação híbrida e plataformas de aprendizagem, favorecendo a integração entre teoria e prática e a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos nos processos de trabalho.

O acompanhamento do Plano Anual de Capacitação será realizado por meio de indicadores de participação, frequência, avaliação de aprendizagem, avaliação de reação e monitoramento do impacto das ações educacionais nos indicadores assistenciais, operacionais e de qualidade das unidades.

Os registros das atividades realizadas integrarão o Sistema de Gestão da Qualidade da instituição e subsidiarão a prestação de contas contratual, permitindo demonstrar à Secretaria Municipal de Saúde o cumprimento das ações de Educação Permanente previstas para o período e o compromisso institucional com a qualificação contínua dos profissionais e a melhoria da assistência prestada à população.

Cronograma de Treinamentos

Com o objetivo de garantir a qualificação contínua das equipes e a efetiva implementação da Política Institucional de Educação Permanente em Saúde, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

estabelecerá Cronograma Anual de Treinamentos contemplando ações educativas obrigatórias, capacitações técnicas, atualizações assistenciais, treinamentos operacionais e atividades de integração multiprofissional.

O cronograma será elaborado considerando as necessidades assistenciais das unidades, as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as metas estabelecidas no Contrato de Gestão, os indicadores institucionais, os resultados das avaliações de desempenho, as não conformidades identificadas, os eventos adversos registrados e as demandas apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

As atividades serão distribuídas ao longo de todo o exercício contratual, permitindo atualização permanente dos profissionais e fortalecimento dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais. Além das ações programadas, poderão ser incluídas capacitações extraordinárias sempre que identificadas necessidades específicas decorrentes de alterações normativas, implantação de novos protocolos, mudanças epidemiológicas ou demandas operacionais dos serviços.

O cronograma contemplará, entre outros temas, segurança do paciente, protocolos clínicos, classificação de risco, Atenção Primária à Saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, humanização, qualidade assistencial, gestão de indicadores, sistemas de informação em saúde, saúde do trabalhador e integração multiprofissional.

A participação dos profissionais será monitorada pelas coordenações técnicas e pelo setor responsável pela Educação Permanente, mediante controle de frequência, registros de participação, avaliações de aprendizagem e emissão de certificados, garantindo rastreabilidade e comprovação das atividades desenvolvidas.

Cronograma Anual de Treinamentos

lrm



SANTA CASA
São Bernardo do Campo



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CNPJ: 47.708.771/0001-00

CRONOGRAMA ANUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Compromisso com a
qualidade, segurança
e humanização do
cuidado em saúde.



Qualificação contínua das equipes, desenvolvimento profissional e melhoria da assistência

MÊS	ATIVIDADE / TEMA DO TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO
JAN	Integração Institucional e Boas Práticas Apresentação da instituição, protocolos, rotinas e cultura de segurança.	Novos colaboradores Todas as categorias
FEV	Segurança do Paciente e Gestão de Riscos Metas internacionais, identificação de riscos, eventos adversos e comunicação segura.	Equipe multiprofissional
MAR	Protocolos Clínicos e Assistenciais Atualização dos principais protocolos e condutas baseadas em evidências.	Equipe assistencial
ABR	Classificação de Risco e Acolhimento Fluxos, protocolos e aplicação prática na urgência e emergência.	Enfermagem e Médicos
MAI	Atenção Primária à Saúde e ESF Fortalecimento das ações da APS, territorialização e cuidado longitudinal.	Equipes ESF, EAP e EMAD
JUN	Urgência e Emergência Suporte básico e avançado de vida, atendimento clínico e fluxos assistenciais.	Equipe assistencial
JUL	Humanização e Comunicação Acolhimento, escuta qualificada e experiência do usuário.	Todos os colaboradores
AGO	Sistemas de Informação em Saúde e-SUS APS, prontuário eletrônico e qualidade do registro.	Profissionais envolvidos com sistemas
SET	Assistência Farmacêutica e Uso Seguro de Medicamentos Boas práticas, conciliação medicamentosa e farmacovigilância.	Farmácia e Enfermagem
OUT	Biossegurança e Controle de Infecção Precauções, higiene das mãos, limpeza, desinfecção e EPIs.	Todos os colaboradores
NOV	Indicadores, Qualidade e Metas Assistenciais Monitoramento de indicadores, metas e melhoria contínua dos processos.	Coordenadores e Lideranças
DEZ	Saúde e Segurança do Trabalhador Ergonomia, prevenção de acidentes e saúde mental.	Todos os colaboradores

OBSERVAÇÕES

- O cronograma poderá ser revisado e atualizado conforme necessidades das unidades, alterações normativas e demandas da SMS.
- Treinamentos extraordinários poderão ser incluídos conforme demandas específicas e emergências em saúde.
- As atividades serão registradas, monitoradas e avaliadas quanto à participação e impacto nos resultados assistenciais.

PERIODICIDADE DAS AÇÕES



Cuidar de pessoas é a nossa missão.
Qualificar equipes é o nosso compromisso.

Capacitação em Protocolos Clínicos

A capacitação em Protocolos Clínicos constitui eixo estratégico da Política Institucional de Educação Permanente em Saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, visando assegurar a padronização das condutas assistenciais, a redução da variabilidade dos processos de cuidado, o fortalecimento da segurança do paciente e a melhoria contínua dos resultados assistenciais.

Considerando a complexidade dos serviços objeto deste Chamamento Público, a instituição promoverá capacitações periódicas voltadas à implementação, atualização e monitoramento dos protocolos clínicos e assistenciais adotados nas unidades sob sua gestão, garantindo que todos os profissionais atuem em conformidade com as melhores evidências científicas, diretrizes ministeriais e normativas dos respectivos conselhos profissionais.

As ações educativas contemplarão prioritariamente os protocolos institucionais apresentados deste Plano de Trabalho, abrangendo, entre outros:

Protocolos de condições crônicas (Manejo das Doenças)

Protocolos de ciclo de vida (Saúde Integral)

Protocolos de Enfermagem e Procedimentos

Protocolos de Urgência e Segurança

Os protocolos Clínicos

As capacitações serão direcionadas aos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e demais profissionais envolvidos na assistência, observadas as atribuições e competências de cada categoria profissional.

A definição dos temas será fundamentada na análise dos indicadores assistenciais, metas contratuais, resultados de auditorias, eventos adversos, não conformidades identificadas, demandas das coordenações técnicas e

atualizações normativas publicadas pelos órgãos reguladores e pelo Ministério da Saúde.

As atividades poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos presenciais, educação em serviço, simulações realísticas, oficinas práticas, estudos de caso, discussões multiprofissionais, reuniões clínicas e atividades de ensino híbrido, promovendo a aplicação prática dos conhecimentos no ambiente de trabalho.

Sempre que houver atualização de protocolos institucionais, alteração de fluxos assistenciais ou publicação de novas diretrizes técnicas, serão realizadas capacitações específicas para alinhamento das equipes e disseminação das mudanças implementadas.

A efetividade das ações será monitorada por meio de listas de presença, avaliações de aprendizagem, auditorias assistenciais, indicadores de conformidade e acompanhamento dos resultados institucionais, permitindo verificar o grau de adesão aos protocolos e o impacto das capacitações sobre a qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, a capacitação em Protocolos Clínicos contribuirá para o fortalecimento da cultura de qualidade e segurança, para a qualificação permanente das equipes e para o cumprimento das metas assistenciais e operacionais estabelecidas no Contrato de Gestão.

Treinamento em Classificação De Risco

bm



O Acolhimento com Classificação de Risco constitui um dos principais instrumentos de organização do acesso aos serviços de urgência e emergência, permitindo a priorização clínica dos usuários de acordo com a gravidade de seu quadro e não pela ordem de chegada. Em razão de sua relevância para a segurança do paciente, eficiência operacional e qualidade da assistência, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá programa permanente de capacitação voltado aos profissionais envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco das unidades sob sua gestão.

O treinamento será estruturado em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Humanização, da Rede de Atenção às Urgências, da legislação profissional vigente e dos protocolos institucionais adotados pela organização, assegurando que o processo de classificação de risco seja realizado de forma padronizada, segura, humanizada e tecnicamente fundamentada.

As capacitações serão destinadas prioritariamente aos enfermeiros responsáveis pela classificação de risco, bem como aos profissionais de recepção, técnicos e auxiliares de enfermagem, equipes médicas, assistentes sociais e demais colaboradores que participam do fluxo assistencial da urgência e emergência.

O conteúdo programático contemplará, entre outros temas:

- ✓ Fundamentos do acolhimento e da Política Nacional de Humanização;
- ✓ Conceitos e objetivos da Classificação de Risco;
- ✓ Aplicação do Protocolo de Manchester ou sistema equivalente adotado pela instituição;
- ✓ Avaliação clínica inicial e identificação de sinais de gravidade;
- ✓ Reconhecimento precoce de situações críticas e encaminhamento imediato;
- ✓ Estratificação de risco e definição de prioridades assistenciais;
- ✓ Comunicação efetiva com usuários e familiares;
- ✓ Humanização do atendimento e escuta qualificada;
- ✓ Fluxos assistenciais internos e integração com a Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Registro adequado das informações em prontuário eletrônico;
- ✓ Indicadores de desempenho relacionados ao acolhimento e classificação de risco;
- ✓ Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos;
- ✓ Reclassificação de pacientes e monitoramento durante a espera.

As atividades educativas serão realizadas por meio de treinamentos presenciais, oficinas práticas, estudos de caso, simulações clínicas, análise de situações reais, discussão de eventos assistenciais e educação em serviço, permitindo o desenvolvimento das competências necessárias para atuação segura e resolutiva nas portas de entrada da urgência e emergência.

A capacitação inicial será obrigatória para todos os profissionais que atuarem diretamente no acolhimento com classificação de risco, sendo complementada por ações periódicas de atualização e reciclagem, especialmente quando houver revisão dos protocolos institucionais, identificação de oportunidades de melhoria ou alterações nas diretrizes assistenciais aplicáveis.

A efetividade dos treinamentos será monitorada por meio de avaliações de aprendizagem, auditorias de conformidade, observação direta das práticas assistenciais e acompanhamento dos indicadores relacionados ao processo de acolhimento, incluindo tempo de espera para classificação, tempo até atendimento médico, reclassificações realizadas e conformidade com os protocolos estabelecidos.

A educação permanente em Classificação de Risco contribuirá para a padronização das condutas assistenciais, fortalecimento da cultura de humanização, melhoria dos fluxos operacionais e aumento da segurança dos usuários, assegurando que os casos de maior gravidade recebam atendimento prioritário, oportuno e compatível com suas necessidades clínicas.

Educação Permanente em Atenção Primária



A Educação Permanente em Atenção Primária à Saúde constituirá estratégia prioritária para o fortalecimento da capacidade resolutiva das equipes,

qualificação dos processos de trabalho e aprimoramento da assistência prestada à população adscrita às unidades sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde, as ações educativas serão desenvolvidas a partir das necessidades identificadas no cotidiano dos serviços, utilizando situações reais de trabalho como instrumento de aprendizagem, reflexão crítica e transformação das práticas assistenciais. A metodologia adotada buscará integrar ensino e serviço, promovendo a construção coletiva do conhecimento e a melhoria contínua da qualidade da atenção prestada.

Considerando o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, as atividades de Educação Permanente serão direcionadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (EAP), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais vinculados às unidades.

As ações educativas serão planejadas com base na análise dos indicadores assistenciais e das metas estabelecidas no Contrato de Gestão, contemplando especialmente os indicadores relacionados ao acompanhamento das gestantes, saúde da mulher, cobertura vacinal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, desempenho das equipes de Atenção Primária, registro adequado da produção no e-SUS APS, atualização cadastral da população e demais indicadores previstos no Item 10 – Metas e Indicadores de Aferição deste Plano de Trabalho.

Entre os principais eixos temáticos a serem desenvolvidos destacam-se:

- Territorialização, cadastramento e estratificação de risco da população;
- Acompanhamento do pré-natal e saúde materno-infantil;
- Saúde da mulher e rastreamento dos cânceres de colo do útero e mama;
- Imunização e vigilância das coberturas vacinais;

- Atenção às condições crônicas, com ênfase em hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- Saúde da criança, adolescente, adulto e idoso;
- Saúde bucal na Atenção Primária;
- Atenção domiciliar e cuidado longitudinal;
- Promoção da saúde e prevenção de agravos;
- Linhas de cuidado prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Registro da produção assistencial e utilização dos sistemas oficiais de informação em saúde;
- Indicadores de desempenho e monitoramento de metas da Atenção Primária;
- Humanização, acolhimento e comunicação com os usuários;
- Trabalho em equipe e integração multiprofissional.

As atividades serão desenvolvidas por meio de treinamentos em serviço, estudos de caso, rodas de discussão, oficinas práticas, reuniões técnicas, matriciamentos, educação híbrida, tele-educação e demais metodologias ativas de aprendizagem, favorecendo a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos no cotidiano assistencial. A Educação Permanente deverá ocorrer de forma contínua e integrada ao processo de trabalho, superando modelos exclusivamente expositivos e contribuindo efetivamente para a qualificação das práticas de cuidado.

Os resultados das ações educativas serão monitorados por meio de indicadores de participação, frequência, avaliação de aprendizagem e impacto nos resultados assistenciais, permitindo verificar a efetividade das capacitações e sua contribuição para o alcance das metas contratuais e para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Dessa forma, a Educação Permanente em Atenção Primária atuará como ferramenta estratégica para o fortalecimento da Atenção Básica, qualificação das equipes, melhoria dos indicadores de saúde e consolidação dos princípios da integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e resolutividade preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Atualização em Urgência e Emergência



SANTA CASA
São Bernardo do Campo

ATUALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Capacitar para agir. Agir para salvar.

- EDUCAÇÃO PERMANENTE**
Aprendizado contínuo integrado ao trabalho
- EQUIPES PREPARADAS**
Competência técnica e segurança no atendimento
- PROTOCOLOS E FLUXOS**
Padronização e qualidade na assistência
- RESPOSTA RÁPIDA**
Decisões ágeis que fazem a diferença
- SEGURANÇA DO PACIENTE**
Redução de riscos e melhores resultados

PRINCIPAIS TEMAS DE ATUALIZAÇÃO

- Acolhimento e Classificação de Risco
- Suporte Básico e Avançado de Vida
- Atendimento ao Paciente Crítico
- Trauma e Atendimento ao Politraumatizado
- Administração Segura de Medicamentos
- Sepsis e Choque Séptico
- Insuficiência Respiratória Aguda
- Emergências Pediátricas e Obstétricas
- Comunicação Efetiva e Trabalho em Equipe
- Segurança do Paciente e Gestão de Riscos

FOCO
Qualificar profissionais e processos para um atendimento seguro e resolutivo.

PÚBLICO-ALVO
Médicos, enfermeiros, técnicos, equipe multiprofissional e demais colaboradores dos serviços de urgência.

METODOLOGIAS
Treinamentos em serviço, simulações, oficinas, estudos de caso e educação híbrida.

RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Equipes capacitadas e motivadas
- ✓ Melhoria dos indicadores assistenciais
- ✓ Redução de eventos adversos
- ✓ Mais segurança e qualidade no cuidado

Considerando que os serviços de Urgência e Emergência constituem importante componente da Rede de Atenção à Saúde e demandam elevada capacidade técnica, rapidez na tomada de decisão e atuação integrada das equipes multiprofissionais, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo desenvolverá programa permanente de atualização profissional voltado aos trabalhadores que atuam nos serviços de pronto atendimento e demais pontos de atenção relacionados à assistência de urgência.

As ações educativas serão estruturadas em conformidade com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as orientações do Ministério da Saúde para o planejamento das ações de Educação Permanente, utilizando os problemas identificados no cotidiano assistencial, os indicadores de desempenho, os eventos adversos, as não conformidades, as

necessidades epidemiológicas locais e as demandas apresentadas pelas equipes como elementos norteadores do processo de aprendizagem. A Educação Permanente será desenvolvida de forma integrada ao processo de trabalho, promovendo reflexão crítica, aperfeiçoamento técnico e melhoria contínua da qualidade assistencial.

As atividades de atualização serão direcionadas aos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, profissionais de apoio diagnóstico, recepção, equipe administrativa e demais colaboradores envolvidos direta ou indiretamente na assistência ao paciente em situação de urgência e emergência.

Os conteúdos programáticos serão definidos a partir da análise das necessidades institucionais e das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

As capacitações serão realizadas por meio de treinamentos em serviço, oficinas práticas, simulações realísticas, estudos de caso, discussão de eventos assistenciais, reuniões técnicas, educação híbrida e atividades de matriciamento, favorecendo a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos no ambiente de trabalho.

A programação das ações educativas será revisada periodicamente com base nos resultados assistenciais, indicadores de desempenho, auditorias internas, manifestações dos usuários, relatórios de qualidade e avaliação das competências profissionais, permitindo adequação permanente das capacitações às necessidades dos serviços.

Os resultados das atividades de atualização serão monitorados por meio de indicadores de participação, frequência, avaliação de aprendizagem, aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e impacto nos indicadores assistenciais, possibilitando verificar a efetividade das ações educacionais e sua contribuição para a melhoria da resolutividade, segurança e qualidade da assistência prestada aos usuários.

Dessa forma, a Educação Permanente em Urgência e Emergência atuará como ferramenta estratégica para fortalecimento das competências profissionais, padronização das práticas assistenciais, qualificação do atendimento e melhoria contínua dos resultados alcançados pelas unidades sob

gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Integração Multiprofissional



A Integração Multiprofissional constituirá eixo estratégico da Política Institucional de Educação Permanente em Saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, visando fortalecer o trabalho colaborativo, a comunicação entre as equipes, a coordenação do cuidado e a integralidade da assistência prestada aos usuários das unidades contempladas neste Contrato de Gestão.

Considerando a complexidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência e demais pontos de atenção envolvidos na rede assistencial, as ações educativas serão desenvolvidas de forma integrada entre as diferentes categorias profissionais, promovendo a construção compartilhada do conhecimento, o reconhecimento das competências de cada área e o fortalecimento das práticas interdisciplinares.

A Educação Permanente estimulará a realização de atividades que favoreçam a articulação entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, profissionais de saúde bucal, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, agentes comunitários de saúde, equipes administrativas e demais profissionais envolvidos na assistência e gestão dos serviços.

As ações de integração multiprofissional serão desenvolvidas por meio de reuniões técnicas, estudos de caso, discussão de situações clínicas, matriciamentos, oficinas de trabalho, treinamentos conjuntos, simulações realísticas, rodas de conversa e demais metodologias ativas que favoreçam a troca de experiências e a construção coletiva de soluções para os desafios identificados no cotidiano dos serviços.

Entre os principais objetivos das atividades de integração multiprofissional destacam-se:

- Fortalecer a comunicação efetiva entre os profissionais;
- Promover o cuidado centrado no usuário e na família;
- Aprimorar a coordenação e a continuidade do cuidado;
- Favorecer a atuação integrada das equipes assistenciais;
- Reduzir falhas decorrentes da fragmentação dos processos de trabalho;
- Fortalecer a cultura de segurança do paciente;
- Melhorar a resolutividade dos serviços;
- Incentivar a corresponsabilização das equipes pelos resultados assistenciais.

As atividades serão planejadas de forma articulada com os indicadores assistenciais, metas contratuais, protocolos institucionais, eventos adversos, não conformidades, necessidades epidemiológicas locais e demandas identificadas pelas equipes, permitindo que os processos educativos estejam diretamente vinculados à melhoria da qualidade da assistência e ao fortalecimento da rede de atenção à saúde.

A efetividade das ações de integração multiprofissional será acompanhada por meio da participação dos profissionais, avaliações de

aprendizagem, monitoramento dos indicadores assistenciais, análise de resultados institucionais e observação da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nos processos de trabalho.

Dessa forma, a Integração Multiprofissional contribuirá para o fortalecimento da atuação colaborativa entre as equipes, ampliação da capacidade resolutiva dos serviços, melhoria da experiência dos usuários e consolidação dos princípios da integralidade, humanização e qualidade da assistência preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Registro e Comprovação das Atividades Realizadas

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará sistema estruturado de registro, monitoramento e comprovação das ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no âmbito das unidades contempladas pelo Contrato de Gestão, assegurando rastreabilidade, transparência e evidências objetivas da execução das atividades educacionais planejadas.

Todas as ações de capacitação, treinamentos, oficinas, reuniões técnicas, estudos de caso, simulações, matriciamentos, atividades de integração multiprofissional e demais iniciativas vinculadas à Educação Permanente serão formalmente registradas e arquivadas pela unidade responsável pela coordenação das atividades educacionais.

Para cada ação realizada serão mantidos, no mínimo, os seguintes documentos comprobatórios:

- Planejamento da atividade;
- Conteúdo programático;
- Convocação ou divulgação interna;
- Lista de presença dos participantes;
- Registro fotográfico, quando aplicável;
- Material didático utilizado;
- Avaliações de aprendizagem ou de reação, quando aplicáveis;
- Certificados emitidos aos participantes, quando cabível;

- Relatório de realização da atividade.

Os registros serão organizados em meio físico ou eletrônico, permitindo consulta, auditoria, acompanhamento gerencial e comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde, Comissão de Acompanhamento e Avaliação, órgãos de controle e demais instâncias competentes.

As informações relativas às atividades educacionais serão consolidadas periodicamente em relatórios gerenciais, contendo, entre outros elementos:

- Quantidade de ações realizadas;
- Temas abordados;
- Público participante;
- Número de profissionais capacitados;
- Taxa de participação das equipes;
- Carga horária desenvolvida;
- Avaliação dos participantes;
- Resultados alcançados e oportunidades de melhoria.

Os dados produzidos integrarão os mecanismos institucionais de monitoramento da qualidade e gestão de desempenho, permitindo correlacionar as ações de Educação Permanente aos indicadores assistenciais, operacionais e de qualidade acompanhados pela instituição.

A execução das atividades previstas no Plano Anual de Capacitação será monitorada continuamente pelas coordenações técnicas e pela gestão das unidades, permitindo acompanhamento do cumprimento do cronograma estabelecido, identificação de necessidades adicionais de capacitação e avaliação da efetividade das ações desenvolvidas.

A sistemática de registro e comprovação adotada permitirá demonstrar o cumprimento das ações de Educação Permanente previstas neste Plano de Trabalho, assegurando evidências documentais da qualificação contínua dos profissionais e do compromisso institucional com a melhoria permanente da qualidade da assistência prestada à população.

Programas de Residência, Estágio e Extensão



A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo reconhece a integração entre ensino e serviço como importante estratégia para qualificação dos processos assistenciais, desenvolvimento profissional e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

As unidades objeto do presente Contrato de Gestão poderão atuar como espaços de aprendizagem prática para estudantes, residentes e profissionais em formação, observadas as diretrizes institucionais, a legislação aplicável e as necessidades assistenciais dos serviços.

As atividades de estágio, extensão universitária, vivências práticas e programas de formação profissional serão desenvolvidas de forma integrada às ações de Educação Permanente em Saúde, contribuindo para a disseminação do conhecimento, fortalecimento das práticas baseadas em evidências e desenvolvimento de competências técnicas alinhadas às necessidades da população assistida.

Os participantes serão acompanhados por profissionais habilitados, responsáveis pela supervisão das atividades, orientação técnica e observância

dos protocolos assistenciais, das normas institucionais e dos princípios éticos aplicáveis à assistência em saúde.

As atividades poderão contemplar áreas relacionadas à Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Urgência e Emergência, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Segurança do Paciente, Humanização da Assistência e demais áreas compatíveis com os serviços executados nas unidades.

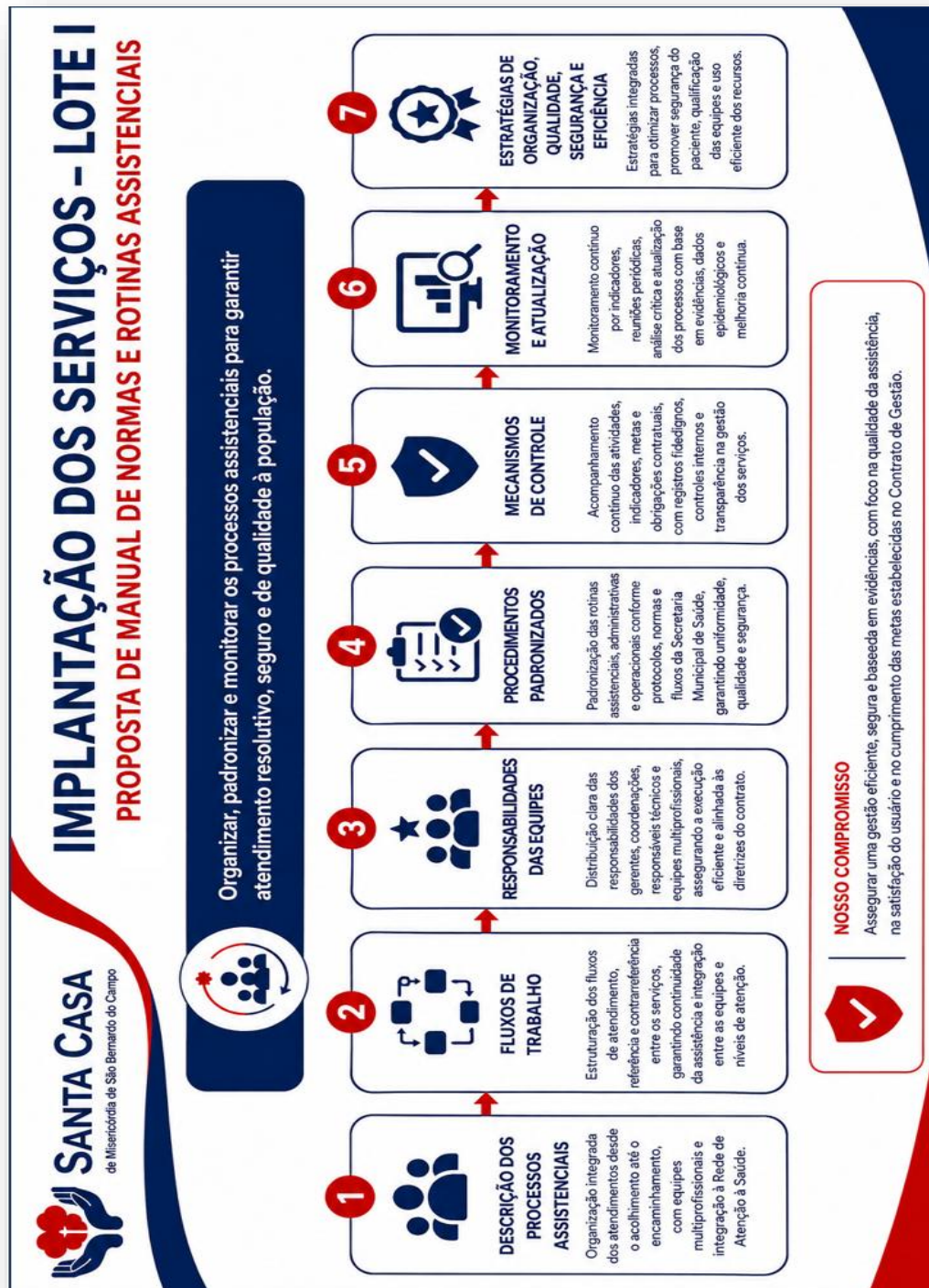
Sempre que houver interesse institucional e observadas as disposições legais aplicáveis, a Irmandade poderá estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para desenvolvimento de estágios, programas de extensão, atividades acadêmicas, projetos de pesquisa e iniciativas voltadas ao aperfeiçoamento profissional e à qualificação dos serviços de saúde.

A integração entre ensino e serviço contribuirá para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, para a formação de profissionais qualificados e para a incorporação de práticas inovadoras que favoreçam a melhoria contínua da assistência prestada à população.

lrm

8 E3- IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS

8.1 A. Proposta de Manual de Normas e Rotinas



✓ Descrição dos Processos Assistenciais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará os processos assistenciais das Unidades Básicas de Saúde de forma integrada, assegurando a prestação de atendimento resolutivo e qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde. A assistência será estruturada por meio das equipes multiprofissionais, garantindo a realização dos atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos, farmacêuticos e das demais categorias profissionais necessárias ao adequado funcionamento das unidades.

Os processos assistenciais compreenderão o atendimento aos usuários desde o acolhimento até a conclusão do atendimento ou encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, observando os fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos entre as Unidades Básicas de Saúde, os serviços de urgência e emergência, as unidades hospitalares, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os demais serviços integrantes da rede municipal e regional de saúde.

A execução das ações assistenciais contemplará a realização de consultas, procedimentos médicos e de enfermagem, assistência odontológica, assistência farmacêutica, acompanhamento das equipes de Saúde da Família, Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais previstos no dimensionamento, garantindo continuidade do tratamento e acompanhamento dos usuários conforme a necessidade assistencial.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá ainda coordenação específica para Atenção Básica, Enfermagem, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, eMulti e Coordenação Médica, além de gerente em cada unidade, visando assegurar a adequada organização das atividades assistenciais.

Os processos contemplarão ainda a integração das ações dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Controle de Endemias, conforme coordenação da Vigilância em Saúde Municipal, bem como a organização territorial das equipes mediante proposta de reterritorialização das áreas de abrangência, observando as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Política Nacional de Atenção Básica vigente.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais das unidades, realizará o gerenciamento das equipes assistenciais, participará das comissões e grupos técnicos instituídos pela Secretaria Municipal de Saúde e garantirá suporte técnico de tecnologia da informação e comunicação necessário ao funcionamento dos serviços, assegurando a continuidade, organização e qualificação da assistência prestada.

✓ Fluxos de Trabalho

Os fluxos de trabalho serão organizados de forma a assegurar a continuidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde, observando as atribuições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e as responsabilidades assumidas pela A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. O atendimento compreenderá a recepção do usuário, acolhimento, realização das ações assistenciais pelas equipes multiprofissionais e encaminhamento, quando necessário, aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, garantindo a integração entre os serviços municipais.

As atividades assistenciais serão executadas pelas equipes previstas no Termo de Referência, sob coordenação dos respectivos responsáveis técnicos e coordenações instituídas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, assegurando a realização de consultas, procedimentos, acompanhamento clínico, assistência odontológica, assistência farmacêutica e demais ações inerentes à Atenção Primária à Saúde.

Os usuários que necessitarem de atendimento especializado, exames complementares ou outros serviços da Rede serão encaminhados de acordo com os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, preservando o processo de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção. As equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolverão suas atividades conforme a territorialização definida pelo Município, mantendo atuação integrada

com as Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais previstos no dimensionamento, garantindo o acompanhamento contínuo da população adscrita.

As ações dos Agentes Comunitários de Saúde serão desenvolvidas em articulação com os Agentes de Controle de Endemias, conforme coordenação da Vigilância em Saúde Municipal, observando a integração das atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde prevista no Termo de Referência.

O gerenciamento dos fluxos assistenciais será realizado pelos gerentes das unidades, coordenações técnicas e responsáveis técnicos designados pela A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, garantindo o adequado funcionamento das unidades, a distribuição das atividades assistenciais, o acompanhamento das equipes e a organização dos serviços.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá suporte técnico de tecnologia da informação e comunicação para assegurar o funcionamento das unidades, bem como manterá atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais vinculados aos serviços, possibilitando o adequado registro das atividades assistenciais.

Os fluxos de trabalho contemplarão ainda a participação dos profissionais nas comissões e grupos técnicos instituídos pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como a interlocução permanente com a gestão municipal para o acompanhamento da execução contratual, implementação das diretrizes assistenciais e organização dos serviços de saúde.

A proposta de reterritorialização das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família será elaborada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, observando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica vigente, permitindo a adequada organização dos fluxos assistenciais e da cobertura populacional das unidades.

✓ Responsabilidades da Equipes

As responsabilidades das equipes serão distribuídas de acordo com a estrutura organizacional estabelecida no Termo de Referência, assegurando a adequada execução das atividades assistenciais, administrativas e de apoio necessárias ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá equipes multiprofissionais compatíveis com o quantitativo e o perfil profissional estabelecidos no dimensionamento constante do Termo de Referência, garantindo a cobertura integral dos serviços contratados durante todo o período de funcionamento das unidades.

Os gerentes das unidades serão responsáveis pelo gerenciamento administrativo e operacional dos serviços, acompanhando a execução das atividades assistenciais, a organização das rotinas de trabalho, a distribuição das equipes, o funcionamento da unidade, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e a interlocução permanente com a gestão municipal.

A Coordenação da Atenção Básica será responsável pelo acompanhamento técnico dos serviços, pela articulação entre as unidades, pelo apoio aos gerentes, pelo monitoramento da execução contratual e pelo alinhamento das ações assistenciais às diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Coordenação Médica acompanhará a organização dos serviços médicos, prestará apoio técnico às equipes, acompanhará o desenvolvimento das atividades assistenciais, contribuirá para a organização dos fluxos de atendimento e apoiará a gestão na implementação das ações previstas no contrato.

A Coordenação de Enfermagem acompanhará as atividades desenvolvidas pelas equipes de enfermagem, supervisionará a execução dos procedimentos inerentes à categoria profissional, apoiará os gerentes das unidades e acompanhará a organização dos processos assistenciais relacionados aos serviços de enfermagem.

A Coordenação da Saúde Bucal será responsável pelo acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, promovendo a integração das ações odontológicas com os demais serviços ofertados nas unidades e acompanhando a organização dos atendimentos previstos no Termo de Referência.

A Coordenação da Assistência Farmacêutica será responsável pela organização das atividades relacionadas à assistência farmacêutica, acompanhando os processos de armazenamento, controle, distribuição e dispensação de medicamentos, observando as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Coordenação das Equipes Multiprofissionais (eMulti) acompanhará a atuação dos profissionais integrantes dessas equipes, promovendo sua integração com as Equipes de Saúde da Família e apoiando o desenvolvimento das ações assistenciais previstas no contrato.

Os Responsáveis Técnicos designados para cada serviço responderão tecnicamente pelas atividades desenvolvidas em suas respectivas áreas de atuação, assegurando a conformidade da execução dos serviços sob sua responsabilidade e mantendo regularidade junto aos respectivos Conselhos Profissionais.

As equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolverão as ações assistenciais junto à população adscrita, em conformidade com a organização territorial definida pelo Município, atuando de forma integrada com os Agentes Comunitários de Saúde, Equipes Multiprofissionais (eMulti) e demais profissionais previstos no dimensionamento.

Os Agentes Comunitários de Saúde executarão suas atividades nas áreas de abrangência das equipes, mantendo articulação com os Agentes de Controle de Endemias, conforme coordenação da Vigilância em Saúde Municipal, contribuindo para a integração das ações desenvolvidas no território.

Compete ainda a todas as equipes manter atualizados os registros das atividades realizadas nos sistemas de informação utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, participar das reuniões, comissões e grupos técnicos quando convocados, colaborar com as ações de planejamento,

acompanhamento e avaliação dos serviços e cumprir as rotinas, diretrizes e normas estabelecidas para a execução do contrato de gestão.

✓ **Procedimentos Padronizados**

Os procedimentos padronizados serão desenvolvidos pela A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e com as obrigações previstas no Termo de Referência, assegurando uniformidade na execução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais em todas as Unidades Básicas de Saúde integrantes do contrato. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo possui processos assistenciais institucionalmente padronizados, desenvolvidos para garantir a uniformidade, a continuidade e a qualidade da assistência prestada aos usuários. Após a assinatura do Contrato de Gestão, esses processos serão revisados, atualizados e adequados às diretrizes, protocolos, normas, rotinas e fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, contemplando integralmente os serviços previstos no Termo de Referência.

A padronização compreenderá a execução das atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, observando as atribuições de cada categoria profissional prevista no dimensionamento, bem como a organização dos serviços ofertados nas unidades. Os atendimentos serão realizados de forma integrada entre as equipes médicas, de enfermagem, saúde bucal, assistência farmacêutica, Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais previstos para a execução do objeto contratual.

Os procedimentos assistenciais serão executados conforme os protocolos, normas técnicas, diretrizes, rotinas e fluxos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, garantindo a uniformidade dos atendimentos, a continuidade da assistência e a integração entre os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde. Os processos assistenciais compreenderão todas as etapas relacionadas ao atendimento ao usuário, desde

am

o acolhimento até a conclusão da assistência ou o encaminhamento aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, assegurando a integração entre as equipes multiprofissionais, a organização das atividades assistenciais e a observância dos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo padronizará os registros das atividades assistenciais nos sistemas de informação utilizados pelo Município, assegurando a fidedignidade das informações, a atualização dos dados assistenciais, a manutenção dos cadastros obrigatórios, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e o atendimento às exigências de monitoramento e prestação de contas previstas no contrato.

As rotinas operacionais das unidades contemplarão os Procedimentos Padronizados para organização do funcionamento dos serviços, distribuição das equipes, gerenciamento das agendas, encaminhamento dos usuários aos serviços de referência quando indicado, acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes e comunicação permanente com a Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos relacionados à assistência farmacêutica observarão as rotinas estabelecidas para armazenamento, controle, distribuição e dispensação de medicamentos, conforme as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e as responsabilidades atribuídas à Coordenação da Assistência Farmacêutica.

As atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais serão executadas conforme as áreas de abrangência definidas pelo Município, observando a organização territorial, a proposta de reterritorialização, quando aplicável, e a integração das ações assistenciais com a Vigilância em Saúde.

Os gerentes das unidades, coordenadores técnicos e responsáveis técnicos acompanharão a aplicação uniforme dos procedimentos estabelecidos, promovendo a organização das rotinas de trabalho, a integração entre as equipes e a observância das normas, diretrizes e orientações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

Sempre que houver atualização das diretrizes, normas técnicas, fluxos operacionais ou orientações emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a revisão e adequação dos Procedimentos Padronizados, garantindo a atualização dos processos assistenciais, a padronização das práticas institucionais, a continuidade da prestação dos serviços contratados e o pleno atendimento às disposições do Termo de Referência.

✓ Mecanismos de Controle

Os mecanismos de controle serão estruturados para assegurar o acompanhamento permanente da execução dos serviços contratados, o cumprimento das obrigações estabelecidas no Termo de Referência e a conformidade das atividades desenvolvidas com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos de controle voltados ao acompanhamento das atividades assistenciais, administrativas e operacionais desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, promovendo a verificação contínua da execução dos serviços, da produtividade das equipes, da regularidade dos atendimentos, da utilização dos sistemas de informação oficiais e do cumprimento das metas, indicadores e demais obrigações contratuais.

Os registros das atividades assistenciais serão realizados nos sistemas de informação utilizados pelo Município, assegurando a rastreabilidade das ações desenvolvidas, a fidedignidade das informações registradas, a atualização permanente dos cadastros obrigatórios, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e a disponibilização das informações necessárias ao monitoramento, à avaliação dos serviços e à prestação de contas.

Os gerentes das unidades, coordenadores técnicos, responsáveis técnicos e demais profissionais designados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo acompanharão a execução das rotinas

de trabalho, a aplicação dos procedimentos padronizados, a organização dos processos assistenciais e o cumprimento das diretrizes, normas e orientações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde, adotando as providências necessárias sempre que forem identificadas oportunidades de adequação dos processos.

O acompanhamento da execução contratual compreenderá a análise dos resultados alcançados, da produção assistencial, da execução das atividades previstas, do cumprimento dos indicadores estabelecidos no Contrato de Gestão e da observância das obrigações técnicas, assistenciais, administrativas e operacionais definidas no Termo de Referência.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controles internos destinados a subsidiar a gestão dos serviços, garantindo a disponibilidade das informações solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos órgãos de fiscalização e controle e pelas instâncias responsáveis pelo acompanhamento da execução do Contrato de Gestão, assegurando transparência, confiabilidade dos registros e conformidade com as disposições contratuais.

Sempre que identificada a necessidade de atualização dos processos, dos fluxos de trabalho ou dos procedimentos institucionais, serão promovidas as adequações necessárias para garantir a continuidade da prestação dos serviços e o atendimento integral às diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

✓ Monitoramento e atualização

O monitoramento e a atualização dos processos assistenciais do Lote I serão conduzidos de forma contínua, sistemática e integrada, constituindo um eixo estruturante da governança clínica e da gestão por resultados, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica, do Termo de Referência e do Anexo II.

O processo de monitoramento será baseado na utilização de indicadores assistenciais, epidemiológicos, operacionais, de qualidade, segurança do

paciente e satisfação dos usuários, permitindo a avaliação permanente da efetividade, eficiência e resolutividade das ações desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, equipes multiprofissionais (eMulti), saúde bucal e atenção domiciliar.

Será implantado sistema de monitoramento em tempo real, por meio de prontuário eletrônico, painéis gerenciais (dashboards) e relatórios analíticos periódicos, com consolidação de dados provenientes dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e sistemas próprios de gestão, assegurando rastreabilidade, confiabilidade das informações e suporte à tomada de decisão gerencial.

Serão realizadas reuniões periódicas de monitoramento, com análise crítica dos indicadores pactuados, avaliação de metas contratuais, identificação de não conformidades, discussão de eventos adversos, avaliação de fluxos assistenciais e definição de planos de ação corretiva e preventiva, com responsabilização das equipes envolvidas e prazos definidos para reavaliação.

A atualização dos processos assistenciais será realizada de forma estruturada, sempre que houver alterações nas diretrizes do Ministério da Saúde, evidências científicas atualizadas, mudanças normativas, necessidades epidemiológicas do território ou identificação de oportunidades de melhoria decorrentes do monitoramento sistemático dos indicadores.

Os Protocolos Clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), fluxos assistenciais, linhas de cuidado e manuais institucionais serão revisados periodicamente, com participação das coordenações técnicas, equipe multiprofissional e comissões internas, garantindo validação técnica, aderência às boas práticas e uniformização das condutas assistenciais.

Será instituído programa permanente de melhoria contínua da qualidade, baseado em ciclos de avaliação, planejamento, execução, verificação e ação corretiva (ciclo PDCA), integrando auditoria clínica, gestão de riscos assistenciais, análise de eventos adversos e implementação de medidas de segurança do paciente.

A educação permanente será utilizada como ferramenta estratégica de atualização dos processos assistenciais, promovendo capacitação contínua das equipes, disseminação de protocolos atualizados, incorporação de novas

práticas baseadas em evidências e fortalecimento da cultura de qualidade e segurança na atenção primária.

O sistema de monitoramento também contemplará a análise de indicadores de acesso, tempo de espera, cobertura assistencial, longitudinalidade do cuidado, resolutividade clínica, adesão aos protocolos, produtividade das equipes, absenteísmo, indicadores de vigilância em saúde e desfechos clínicos prioritários.

Os resultados obtidos no monitoramento serão sistematicamente apresentados em relatórios gerenciais e painéis de controle, subsidiando decisões estratégicas, redefinição de metas, reorganização de processos de trabalho e readequação de recursos, quando necessário.

Dessa forma, o monitoramento e a atualização dos processos assistenciais serão compreendidos como um mecanismo dinâmico e permanente de qualificação da atenção à saúde, assegurando melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do paciente, eficiência operacional e conformidade com os objetivos contratuais estabelecidos.

- ✓ Estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência.

As estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência serão estruturadas de forma integrada, visando assegurar a execução qualificada dos serviços contratados, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, das obrigações previstas no Termo de Referência e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo uma gestão orientada por resultados, segurança assistencial e melhoria contínua dos processos.

A organização dos serviços será fundamentada na padronização dos processos assistenciais, administrativos e operacionais, garantindo uniformidade das práticas institucionais, integração entre as equipes multiprofissionais, adequada distribuição das atividades, utilização racional dos

recursos disponíveis e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

As ações voltadas à qualidade serão desenvolvidas por meio da utilização de protocolos assistenciais, procedimentos operacionais padronizados, linhas de cuidado, auditorias internas, monitoramento de indicadores, avaliação sistemática dos processos de trabalho e implementação de planos de melhoria contínua, assegurando a conformidade das atividades com as diretrizes técnicas, legais e contratuais.

A segurança do paciente constituirá eixo transversal da organização dos serviços, sendo observadas as metas internacionais de segurança, as práticas de identificação correta do usuário, comunicação efetiva entre profissionais, uso seguro de medicamentos, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência, gerenciamento de riscos, notificação e análise de incidentes, cultura de segurança e adoção de medidas preventivas destinadas à redução de eventos adversos.

A eficiência operacional será promovida por meio da organização dos fluxos assistenciais, otimização dos processos de trabalho, gestão das agendas, monitoramento dos tempos de atendimento, adequada utilização da capacidade instalada, integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, utilização dos sistemas oficiais de informação e acompanhamento permanente dos indicadores assistenciais, operacionais e epidemiológicos.

Serão desenvolvidas ações permanentes de educação continuada e educação permanente, visando à atualização técnica dos profissionais, fortalecimento das competências das equipes, disseminação de boas práticas assistenciais, incorporação de evidências científicas e aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados à população.

A gestão utilizará metodologias de melhoria contínua, incluindo análise crítica dos indicadores, ciclos de planejamento, execução, avaliação e readequação dos processos, identificação de oportunidades de melhoria, gerenciamento de riscos, auditorias assistenciais e monitoramento dos resultados alcançados, promovendo maior efetividade, resolutividade e sustentabilidade da assistência.

As estratégias de organização também contemplarão o fortalecimento da comunicação entre as equipes, a integração multiprofissional, o planejamento compartilhado das ações, o apoio técnico às unidades, a utilização de painéis gerenciais, reuniões periódicas de acompanhamento e mecanismos de governança clínica capazes de subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências.

Dessa forma, as estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência contribuirão para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, assegurando a prestação de serviços humanizados, seguros, resolutivos e alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às normas da Secretaria Municipal de Saúde e aos objetivos estabelecidos no Contrato de Gestão, promovendo a melhoria contínua da assistência e a satisfação dos usuários.

A Proposta do Manual de Normas, Rotinas e Protocolos Operacionais da Enfermagem, documento institucional que reúne as diretrizes técnicas e operacionais para a organização da assistência, padronização das rotinas e qualificação dos processos de trabalho das equipes de enfermagem., encontra-se integralmente no **Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS.**

PROPOSTA DE MANUAL INSTITUCIONAL DE NORMAS E ROTINAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E ESF

Data de Emissão: // ____

Elaboração: Organização Social

Aprovação: Diretoria Executiva

Vigência: Conforme revisão documental

APRESENTAÇÃO

A Proponente apresentará e implantará Manual de Normas e Rotinas destinado a orientar, padronizar e organizar a execução dos processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio relacionados aos serviços objeto do Contrato de Gestão.

O Manual constituirá instrumento institucional de governança, organização do trabalho, gestão da qualidade e segurança, estabelecendo diretrizes claras para o desenvolvimento das atividades, a definição das responsabilidades das equipes, a integração entre os setores e o acompanhamento permanente dos resultados.

Sua implantação terá como finalidade assegurar que os serviços sejam executados de maneira uniforme, segura, eficiente, humanizada e em conformidade com a legislação aplicável, com as diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS, com o edital, seus anexos, o Plano de Trabalho, o Contrato de Gestão e as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

Nas últimas décadas, a Atenção Básica consolidou-se como o principal eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel estratégico na organização da Rede de Atenção à Saúde e na garantia do acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de saúde. Por meio de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e acompanhamento longitudinal dos usuários, a Atenção Básica tornou-se o primeiro nível de contato da população com o sistema público de saúde, assumindo a responsabilidade pela coordenação do cuidado e pela ordenação dos fluxos assistenciais.

A ampla expansão da cobertura assistencial observada nos últimos anos resultou da atuação conjunta dos entes federativos, mediante investimentos contínuos na estruturação da Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida como modelo prioritário para organização da assistência no território. Esse processo permitiu ampliar significativamente o acesso da população aos serviços de saúde, reduzir desigualdades regionais e fortalecer a capacidade de resposta do sistema às necessidades sanitárias locais.

Paralelamente à expansão da cobertura, foram implementados importantes medidas destinadas ao aperfeiçoamento da gestão e da qualidade da assistência. Entre elas destacam-se o fortalecimento da Atenção Básica como porta preferencial de entrada do SUS e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde; a reformulação dos mecanismos de financiamento federal, incorporando

critérios relacionados à equidade, desempenho, infraestrutura e qualidade dos serviços; a ampliação do provimento de profissionais de saúde em regiões de maior vulnerabilidade e dificuldade de fixação de médicos; a modernização da infraestrutura física das unidades de saúde; e a informatização progressiva dos processos assistenciais por meio da implantação dos sistemas eletrônicos de informação em saúde.

A evolução da Atenção Primária também foi marcada pela adoção de estratégias voltadas ao fortalecimento da gestão por resultados, da avaliação de desempenho e da qualificação permanente dos serviços prestados. Nesse contexto, passaram a ser incorporados instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação capazes de mensurar o desempenho das equipes, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar a tomada de decisões pelos gestores das três esferas de governo.

Destaca-se, nesse cenário, a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), concebido como importante mecanismo indutor da qualificação da gestão e da assistência. O programa estimulou a institucionalização de processos contínuos de avaliação, contratualização de metas, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional, autoavaliação das equipes, certificação e compartilhamento de boas práticas, promovendo uma cultura organizacional voltada para a melhoria contínua dos serviços.

A implantação desse modelo representou uma mudança significativa na forma de gestão da Atenção Básica, deslocando o foco exclusivo da ampliação da cobertura para uma abordagem orientada também pela qualidade, eficiência, efetividade e resolutividade das ações desenvolvidas. A avaliação sistemática dos processos de trabalho passou a constituir importante ferramenta para o aperfeiçoamento da assistência, possibilitando maior integração entre planejamento, execução, monitoramento e controle dos resultados alcançados.

Sob essa perspectiva, a gestão contemporânea da Atenção Primária à Saúde fundamenta-se na utilização de indicadores de desempenho, na adoção de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, na gestão por processos, no gerenciamento de riscos, na segurança do paciente, na educação

permanente das equipes e na utilização de sistemas informatizados que assegurem a rastreabilidade das informações e a produção de dados confiáveis para apoio às decisões estratégicas.

Dessa forma, a consolidação da Atenção Básica ultrapassa a dimensão assistencial, configurando-se como um modelo de gestão orientado por resultados, comprometido com a qualificação permanente dos serviços, a utilização racional dos recursos públicos, a melhoria da experiência do usuário, a redução das iniquidades em saúde e o fortalecimento dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, os processos de monitoramento, avaliação e melhoria contínua deixam de constituir iniciativas isoladas para integrar, de forma permanente, a governança institucional e a gestão da qualidade, assegurando maior eficiência, transparência e sustentabilidade na prestação dos serviços públicos de saúde.

O Manual Institucional de Normas e Rotinas constitui instrumento estratégico de gestão destinado à padronização dos processos desenvolvidos no âmbito da unidade de saúde, estabelecendo diretrizes, responsabilidades, fluxos operacionais e procedimentos necessários à adequada execução das atividades administrativas, assistenciais, técnicas e de apoio.

Sua implantação tem por finalidade assegurar uniformidade dos processos de trabalho, promover maior eficiência operacional, fortalecer os mecanismos de governança institucional, garantir a segurança do paciente, proporcionar transparência administrativa e favorecer a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.

O Manual representa referência permanente para todos os colaboradores, independentemente do vínculo funcional ou área de atuação, contribuindo para que as atividades sejam executadas de forma integrada, segura, ética e em conformidade com a legislação vigente, os princípios do Sistema Único de Saúde, as diretrizes do Contrato de Gestão e as melhores práticas nacionais e internacionais de gestão em saúde.

Trata-se de documento dinâmico, sujeito à atualização permanente sempre que ocorrerem alterações legais, normativas, contratuais ou operacionais que justifiquem sua revisão.

1. FINALIDADE

Estabelecer diretrizes institucionais para organização, padronização, execução, monitoramento e aperfeiçoamento dos processos administrativos, assistenciais, operacionais e de apoio desenvolvidos na unidade de saúde, assegurando qualidade, segurança, eficiência, rastreabilidade e conformidade regulatória.

2. OBJETIVOS GERAIS

O presente Manual tem como objetivo estabelecer diretrizes institucionais para a padronização dos processos administrativos, assistenciais, operacionais e de apoio, promovendo a uniformidade na execução das atividades e assegurando que todos os serviços sejam desenvolvidos de forma integrada, eficiente e em conformidade com a legislação vigente e as obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão. Busca, ainda, definir de forma clara as responsabilidades das equipes e os fluxos operacionais, fortalecendo a governança institucional e proporcionando maior segurança, organização e previsibilidade na execução dos processos.

Pretende também ampliar a eficiência dos serviços por meio da racionalização das rotinas de trabalho, da integração entre os diversos setores e da implantação de mecanismos que assegurem a rastreabilidade das ações, o controle dos processos e a adequada gestão dos recursos institucionais. Como instrumento de gestão, o Manual contribui para a redução de riscos operacionais, o fortalecimento da segurança do paciente, o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e administrativa e o desenvolvimento de uma cultura organizacional baseada na excelência, na transparência, na responsabilidade e na melhoria contínua.

Além disso, constitui importante ferramenta de apoio à tomada de decisão, ao monitoramento do desempenho institucional e à realização de auditorias internas e externas, fornecendo parâmetros objetivos para avaliação da conformidade dos processos, identificação de oportunidades de melhoria e aperfeiçoamento permanente da gestão, com foco na eficiência, na qualidade dos serviços prestados e na satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O presente Manual tem como objetivos específicos promover a uniformização dos procedimentos administrativos, assistenciais, operacionais e de apoio, assegurando que as atividades sejam executadas de forma padronizada, segura e eficiente em toda a instituição. Busca estabelecer fluxos de trabalho claramente definidos entre os diversos setores, disciplinando as interfaces operacionais e fortalecendo a integração entre as equipes, de modo a garantir maior agilidade, organização e continuidade dos processos.

Visa, ainda, definir de forma objetiva as competências, atribuições e responsabilidades das unidades organizacionais e dos profissionais envolvidos, promovendo maior clareza na execução das atividades e fortalecendo a responsabilização institucional. Também objetiva estruturar mecanismos de controle documental e de gestão da informação, assegurando a rastreabilidade dos registros, a integridade das informações, a segurança dos dados e a observância da legislação aplicável, especialmente das normas relativas à proteção de dados pessoais e à gestão documental.

O Manual busca garantir a conformidade dos processos com a legislação vigente, as normas sanitárias, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os regulamentos dos órgãos de controle e fiscalização e as disposições estabelecidas no Contrato de Gestão, contribuindo para a mitigação de riscos operacionais, assistenciais, administrativos e legais.

Constitui também objetivo deste instrumento incentivar a educação permanente, a capacitação contínua e o desenvolvimento das competências técnicas e gerenciais das equipes, favorecendo a atualização profissional, a incorporação de boas práticas e o aprimoramento permanente dos processos de trabalho.

Da mesma forma, pretende racionalizar a utilização dos recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, reduzindo desperdícios, promovendo maior eficiência operacional e fortalecendo a sustentabilidade institucional. Para tanto, estabelece mecanismos de monitoramento por meio de indicadores de desempenho, instrumentos de avaliação, auditorias internas, controles gerenciais e análise sistemática dos resultados, permitindo o

acompanhamento da efetividade dos processos e subsidiando a tomada de decisões.

Por fim, o Manual objetiva consolidar uma cultura organizacional voltada para a qualidade, a inovação, a gestão por processos, a segurança do paciente, a melhoria contínua e a excelência na prestação dos serviços públicos de saúde, contribuindo para o fortalecimento da governança institucional e para o alcance dos resultados pactuados no âmbito do Contrato de Gestão.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

O presente Manual aplica-se a todas as unidades, setores, serviços e áreas de atuação vinculados à Organização Social responsáveis pela execução do Contrato de Gestão, constituindo instrumento normativo de observância obrigatória por todos os profissionais que desempenham atividades administrativas, assistenciais, técnicas, operacionais e de apoio.

Suas diretrizes abrangem integralmente os processos desenvolvidos pela Diretoria, Administração, Recursos Humanos, Assistência Multiprofissional, Corpo Clínico, Enfermagem, Farmácia, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Recepção, Regulação, Engenharia Clínica, Manutenção, Tecnologia da Informação, Hotelaria Hospitalar, Higienização, Almoxarifado, Compras, Gestão Patrimonial, Segurança Patrimonial, Ouvidoria, Gestão da Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), bem como todas as demais áreas, comissões, núcleos e serviços institucionais que integrem a estrutura organizacional da unidade.

As normas, rotinas, procedimentos operacionais e fluxos estabelecidos neste Manual deverão ser observados de forma integrada por todas as áreas, respeitando as competências específicas de cada setor, com o objetivo de assegurar a padronização dos processos, a integração entre as equipes, a eficiência operacional, a conformidade legal e regulatória, a segurança do paciente, a rastreabilidade das atividades e a qualidade dos serviços prestados.

As disposições aqui previstas aplicam-se, ainda, às atividades desenvolvidas de forma direta ou indireta pela instituição, inclusive aquelas executadas por empresas terceirizadas, prestadores de serviços, fornecedores,

profissionais credenciados e demais parceiros institucionais, sempre que houver interface com os processos internos da unidade, observadas as responsabilidades estabelecidas contratualmente e a legislação aplicável.

5. ABRANGÊNCIA

O presente Manual possui abrangência institucional e aplica-se a todas as pessoas que, de forma permanente, temporária ou eventual, desenvolvam atividades no âmbito da unidade de saúde administrada pela Organização Social, independentemente do vínculo jurídico ou da natureza da relação estabelecida com a instituição.

Suas disposições são de observância obrigatória para empregados contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), empregados temporários, estagiários, aprendizes, residentes, prestadores de serviços, profissionais autônomos, consultores, voluntários, empresas terceirizadas e seus colaboradores, bem como para fornecedores e demais parceiros institucionais sempre que suas atividades possuírem interface com os processos internos da unidade.

O Manual também se estende aos membros da Diretoria, gestores, coordenadores, lideranças, profissionais assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio, assegurando que todos os envolvidos na execução dos serviços atuem de forma alinhada às diretrizes institucionais, às normas legais e regulamentares, aos procedimentos operacionais padronizados e às responsabilidades estabelecidas pela Organização Social.

Todos os profissionais abrangidos por este Manual deverão conhecer, cumprir e zelar pela correta aplicação das normas, rotinas, procedimentos e fluxos institucionais nele previstos, contribuindo para a padronização dos processos, a segurança do paciente, a conformidade regulatória, a eficiência operacional, a qualidade da assistência e o alcance dos objetivos institucionais estabelecidos no Contrato de Gestão.

6. PRINCÍPIOS INSTITUCIONAIS

A atuação da Organização Social e de todos os profissionais envolvidos na execução do Contrato de Gestão será pautada por princípios éticos, legais e técnicos que orientam a prestação de serviços públicos de saúde, constituindo a base para a tomada de decisões, o desenvolvimento das atividades e o relacionamento com usuários, colaboradores, gestores públicos, órgãos de controle e demais partes interessadas.

As ações institucionais serão conduzidas em estrita observância aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, economicidade e transparência, assegurando que todos os atos administrativos e assistenciais sejam praticados em conformidade com a legislação vigente, com os princípios constitucionais da Administração Pública e com as disposições estabelecidas no Contrato de Gestão.

A instituição pautará sua atuação pela ética profissional, respeito à dignidade da pessoa humana, valorização das pessoas e promoção de um ambiente organizacional pautado pelo respeito, pela cooperação, pela diversidade, pela inclusão e pelo desenvolvimento contínuo dos colaboradores, reconhecendo que o capital humano constitui elemento essencial para a qualidade da assistência prestada.

Na assistência à saúde, serão observados os princípios da humanização, da integralidade do cuidado, da segurança do paciente, da assistência centrada no usuário, da atuação multiprofissional integrada e da continuidade do cuidado, promovendo atendimento qualificado, resolutivo, seguro, acolhedor e baseado nas melhores evidências científicas e nas boas práticas assistenciais.

A gestão institucional será orientada pela melhoria contínua dos processos, pela inovação, pela gestão de riscos, pela busca permanente da excelência, pelo monitoramento de resultados e pelo uso racional dos recursos públicos, assegurando eficiência operacional, sustentabilidade econômico-financeira e efetividade na prestação dos serviços de saúde.

Também constituem princípios norteadores da instituição a responsabilidade socioambiental, a sustentabilidade, a proteção das informações institucionais e dos dados pessoais, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), bem como o

compromisso com a transparência, a prestação de contas, a integridade, a conformidade regulatória e o fortalecimento da governança institucional.

Esses princípios deverão orientar permanentemente a elaboração, a implementação, a execução, o monitoramento e o aperfeiçoamento das normas, rotinas e procedimentos previstos neste Manual, servindo como referência para a atuação de todos os profissionais e para o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada à qualidade, à responsabilidade, à ética e à excelência na prestação dos serviços públicos de saúde.

7. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente Manual de Normas e Rotinas está fundamentado no ordenamento jurídico brasileiro, nas normas que disciplinam a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), na legislação trabalhista, sanitária e administrativa, bem como nas diretrizes técnicas e regulatórias aplicáveis à gestão e à prestação dos serviços públicos de saúde. Constitui, ainda, instrumento complementar ao Contrato de Gestão, devendo ser interpretado em consonância com a legislação vigente, as normas dos órgãos de controle e fiscalização e as políticas públicas de saúde.

Sua elaboração observa, entre outros instrumentos normativos, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, especialmente os princípios que regem a Administração Pública e o direito fundamental à saúde; a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o Sistema Único de Saúde; e a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que disciplina a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Também constitui fundamento deste Manual a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), que estabelece regras para o tratamento de dados pessoais; a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); o Código Civil Brasileiro; as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego; e os Códigos de Ética e de Conduta dos respectivos Conselhos Profissionais, aplicáveis às categorias que atuam na instituição.

No âmbito da gestão e da assistência em saúde, este Manual observa as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as Portarias, Resoluções e demais atos normativos expedidos pelo Ministério da Saúde, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Humanização (PNH), do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como outras políticas, programas e protocolos oficiais que venham a disciplinar a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Integram igualmente sua base normativa o Contrato de Gestão firmado com o Poder Público, o Estatuto Social da Organização Social, os regulamentos institucionais, regimentos internos, políticas corporativas, protocolos assistenciais, procedimentos operacionais padronizados (POPs), normas administrativas e demais instrumentos internos de governança, que complementam e detalham as diretrizes para a execução das atividades.

Sempre que houver alteração da legislação, publicação de novos atos normativos ou atualização das diretrizes técnicas aplicáveis, este Manual será revisado e atualizado, garantindo sua permanente conformidade legal, regulatória e contratual, bem como a observância das melhores práticas de gestão, qualidade, segurança do paciente e prestação dos serviços públicos de saúde.

8. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO

A elaboração deste Manual de Normas e Rotinas foi conduzida com base em metodologia técnico-científica e em princípios de gestão aplicáveis aos serviços de saúde, visando estabelecer um instrumento normativo capaz de padronizar processos, fortalecer a governança institucional e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Sua construção considerou a necessidade de harmonizar as exigências legais, regulatórias e contratuais com as melhores práticas de gestão, assistência e segurança do paciente, assegurando que os procedimentos descritos sejam tecnicamente consistentes, operacionalmente viáveis e passíveis de monitoramento contínuo.

Para a definição das normas, rotinas e fluxos institucionais foram observados os dispositivos da legislação vigente, as diretrizes do Sistema Único

de Saúde (SUS), as normas expedidas pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelos Conselhos Profissionais e demais órgãos competentes, bem como as cláusulas do Contrato de Gestão e os regulamentos internos da Organização Social.

A estruturação dos processos também se fundamentou em evidências científicas, protocolos clínicos e diretrizes assistenciais reconhecidas nacionalmente, buscando assegurar que as atividades desenvolvidas estejam alinhadas às melhores práticas de atenção à saúde, à qualidade assistencial e à segurança do paciente.

No âmbito administrativo, foram incorporados princípios de gestão por processos, com o mapeamento das atividades, definição de responsabilidades, identificação das interfaces entre os setores, padronização dos fluxos operacionais e estabelecimento de mecanismos de controle, monitoramento e rastreabilidade, objetivando maior eficiência operacional, integração institucional e redução da variabilidade na execução das rotinas.

A metodologia adotada contempla, ainda, os princípios da gestão de riscos, permitindo a identificação, análise e tratamento preventivo de riscos assistenciais, administrativos, operacionais, financeiros, tecnológicos e legais, de forma integrada aos processos institucionais. Complementarmente, foram considerados mecanismos de auditoria interna, avaliação de conformidade, análise de desempenho e monitoramento por indicadores, possibilitando a verificação sistemática da efetividade das normas estabelecidas e a adoção tempestiva de ações corretivas e preventivas.

Como elemento transversal, o Manual incorpora a cultura da melhoria contínua, estimulando a revisão periódica dos processos, a atualização permanente das rotinas, a educação continuada das equipes, a incorporação de inovações e o aperfeiçoamento constante dos serviços, com foco na excelência da gestão, na eficiência operacional, na sustentabilidade institucional e na prestação de uma assistência segura, humanizada e de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, este Manual constitui um instrumento dinâmico de gestão, cuja aplicação deverá ser continuamente acompanhada e aperfeiçoada, de

modo a garantir sua aderência às mudanças legislativas, às necessidades institucionais, às evoluções técnico-científicas e às boas práticas de governança e gestão em saúde.

2. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica à Saúde (ABS), denominada atualmente Atenção Primária à Saúde (APS), constitui o nível organizador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e representa o principal ponto de acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sua atuação compreende um conjunto integrado de ações individuais, familiares e coletivas destinadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e acompanhamento contínuo dos usuários, observando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A organização da Atenção Básica fundamenta-se na descentralização das ações e na proximidade dos serviços com a comunidade, permitindo maior conhecimento das características epidemiológicas, sociais, econômicas, culturais e ambientais do território sob sua responsabilidade. Essa característica favorece a identificação precoce das necessidades de saúde da população e possibilita o desenvolvimento de intervenções mais efetivas, oportunas e compatíveis com a realidade local.

As equipes de Atenção Básica exercem responsabilidade sanitária sobre população previamente definida, desenvolvendo suas atividades mediante planejamento territorial, trabalho interdisciplinar e gestão compartilhada do cuidado. A atuação deve ser orientada pela identificação dos determinantes sociais da saúde, pelo monitoramento dos fatores de risco e vulnerabilidade, pela vigilância epidemiológica e pelo acompanhamento permanente das condições de saúde da população adscrita.

O modelo assistencial adotado privilegia práticas centradas na pessoa, na família e na comunidade, reconhecendo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. Dessa forma, o cuidado deixa de ser exclusivamente voltado ao tratamento das

enfermidades, passando a contemplar ações integradas de prevenção, promoção da saúde, educação em saúde, reabilitação e fortalecimento da autonomia dos indivíduos e das coletividades.

A Atenção Básica utiliza diferentes tecnologias de cuidado, desde intervenções de baixa complexidade até estratégias clínicas, preventivas e gerenciais fundamentadas em evidências científicas, permitindo elevada capacidade de resolução das demandas mais frequentes da população. A atuação das equipes deve ser orientada pela estratificação de riscos, identificação das vulnerabilidades individuais e coletivas e definição de prioridades assistenciais, garantindo atendimento oportuno, humanizado e resolutivo.

Nesse contexto, a Atenção Básica desempenha papel estratégico na coordenação da Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável pela organização dos fluxos assistenciais, acompanhamento longitudinal dos usuários e integração entre os diferentes níveis de atenção, assegurando continuidade do cuidado, racionalidade na utilização dos recursos públicos e maior efetividade das ações em saúde.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Territorialização e Responsabilidade Sanitária

A organização da Atenção Básica inicia-se pelo processo de territorialização, instrumento técnico destinado à delimitação da área de abrangência das equipes de saúde e ao conhecimento aprofundado das características demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, ambientais e culturais da população assistida. A análise territorial permite identificar fatores de risco, vulnerabilidades, recursos comunitários e necessidades prioritárias de saúde, subsidiando o planejamento das ações e a adequada alocação dos recursos disponíveis.

A responsabilidade sanitária decorre da vinculação das equipes ao território sob sua competência, atribuindo-lhes o compromisso de acompanhar continuamente as condições de saúde da população adscrita, desenvolver ações preventivas e assistenciais, monitorar indicadores epidemiológicos e

implementar estratégias capazes de reduzir riscos, agravos e desigualdades em saúde.

Adscrição da População e Vínculo Assistencial

A adscrição da população constitui mecanismo organizacional que estabelece a vinculação permanente entre usuários, famílias e equipes de saúde, assegurando referência assistencial definida para o acompanhamento das necessidades de saúde ao longo do tempo.

Essa vinculação favorece a construção de relações de confiança entre profissionais e usuários, fortalecendo a corresponsabilização pelo cuidado, ampliando a adesão aos tratamentos, qualificando o acompanhamento clínico e permitindo maior conhecimento da realidade familiar e social dos indivíduos assistidos.

O estabelecimento de vínculos sólidos representa importante elemento para a efetividade das ações assistenciais, contribuindo para a humanização do atendimento e para a continuidade do cuidado.

Acesso, Acolhimento e Porta Preferencial de Entrada

A Atenção Básica constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, devendo assegurar acesso universal, oportuno e sem discriminação a toda a população.

O acolhimento configura-se como diretriz organizacional que orienta a recepção qualificada dos usuários, baseada na escuta ativa, avaliação das necessidades apresentadas, classificação de prioridades e definição da conduta mais adequada para cada situação.

A organização dos serviços deve garantir resposta efetiva às demandas apresentadas, seja mediante resolução no próprio âmbito da Atenção Básica, seja por encaminhamento qualificado aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, preservando a continuidade da assistência e a responsabilização da equipe pelo acompanhamento do usuário.

Longitudinalidade do Cuidado

A longitudinalidade corresponde ao acompanhamento contínuo da população ao longo do ciclo de vida, permitindo que as equipes estabeleçam

relações permanentes com os usuários e acompanhem a evolução das condições clínicas, sociais e familiares.

Esse acompanhamento favorece intervenções precoces, monitoramento dos tratamentos, prevenção de complicações, redução da fragmentação da assistência e fortalecimento do vínculo terapêutico, contribuindo para maior efetividade clínica e menor ocorrência de eventos adversos decorrentes da descontinuidade do cuidado.

Coordenação da Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Básica exerce função estratégica na coordenação da Rede de Atenção à Saúde, atuando como ordenadora dos fluxos assistenciais e integradora dos diferentes níveis de atenção.

Cabe às equipes organizar o acesso aos serviços especializados, acompanhar os encaminhamentos realizados, promover a referência e a contrarreferência, integrar informações clínicas e garantir que o usuário receba assistência contínua e articulada em toda a rede de serviços.

Essa coordenação contribui para maior racionalidade na utilização dos recursos assistenciais, redução da duplicidade de procedimentos e melhoria dos resultados em saúde.

Gestão do Cuidado em Rede

A gestão do cuidado compreende o conjunto de ações destinadas ao planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação das intervenções realizadas junto aos usuários, considerando sua trajetória em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A atuação integrada entre os diferentes serviços permite maior continuidade assistencial, compartilhamento de informações clínicas, definição conjunta de planos terapêuticos e fortalecimento da corresponsabilidade entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado.

Trabalho Multiprofissional

A complexidade das necessidades de saúde exige atuação integrada de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, organizados em equipes multiprofissionais capazes de desenvolver práticas colaborativas e interdisciplinares.

O trabalho em equipe pressupõe comunicação efetiva, compartilhamento de responsabilidades, elaboração conjunta de projetos terapêuticos e utilização complementar das competências técnicas de cada categoria profissional, favorecendo abordagens integrais, resolutivas e centradas nas necessidades dos usuários.

Resolutividade

A resolutividade representa a capacidade da Atenção Básica de identificar, acolher e solucionar a maior parte das demandas de saúde apresentadas pela população, utilizando protocolos clínicos, práticas baseadas em evidências científicas, ações preventivas e acompanhamento longitudinal.

Além da resolução dos problemas passíveis de manejo no próprio nível primário, compete às equipes identificar situações que demandem atenção especializada, promovendo encaminhamento qualificado, acompanhamento dos casos referenciados e integração permanente com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a Atenção Básica consolida-se como eixo estruturante do SUS, exercendo papel essencial na coordenação do cuidado, na promoção da saúde, na prevenção de agravos, na melhoria dos indicadores sanitários e na qualificação permanente da assistência prestada à população, mediante processos organizados, baseados em evidências, orientados por indicadores de desempenho e comprometidos com a qualidade, a segurança do paciente e a efetividade das políticas públicas de saúde

3. AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel estratégico na organização da Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável pela oferta de serviços assistenciais resolutivos, acessíveis e contínuos à população sob sua responsabilidade sanitária. Sua atuação deve garantir atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários, considerando os princípios da universalidade, equidade, integralidade, continuidade do cuidado e humanização da assistência.

As equipes desenvolvem ações individuais, familiares e coletivas voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, acompanhamento longitudinal e cuidados paliativos, atuando de forma integrada com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

A organização dos serviços deve contemplar tanto as demandas programadas quanto as demandas espontâneas, assegurando acolhimento qualificado, classificação de risco quando aplicável, consultas médicas, de enfermagem e multiprofissionais, procedimentos clínicos, administração de medicamentos, imunização, acompanhamento de condições crônicas, atenção materno-infantil, saúde mental, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança e do adolescente, bem como demais ações previstas nas políticas públicas de saúde.

Além das atividades assistenciais, compete às equipes desenvolver ações coletivas de educação em saúde, visitas domiciliares, busca ativa de usuários, monitoramento de grupos prioritários, vigilância epidemiológica, acompanhamento territorial e articulação com equipamentos sociais existentes na comunidade, fortalecendo o cuidado integral e a atuação intersetorial.

O escopo das ações ofertadas deverá ser permanentemente ampliado de acordo com as necessidades identificadas no território, utilizando estratégias que fortaleçam a capacidade resolutiva da Atenção Básica e reduzam encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais, assegurando maior eficiência, efetividade e racionalidade na utilização dos recursos da Rede de Atenção à Saúde.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A Atenção Básica exerce função estratégica como coordenadora do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável pela organização dos fluxos assistenciais, acompanhamento longitudinal dos usuários e articulação entre os diferentes pontos de atenção.

A coordenação do cuidado compreende o planejamento, acompanhamento e integração das ações desenvolvidas ao longo da trajetória assistencial do usuário, assegurando continuidade do tratamento,

compartilhamento de informações clínicas, racionalização dos encaminhamentos e acompanhamento dos resultados obtidos em cada nível de atenção.

Essa função exige comunicação permanente entre os diversos serviços da rede, estabelecimento de protocolos assistenciais integrados, mecanismos eficazes de referência e contrarreferência, utilização de prontuário eletrônico interoperável e monitoramento contínuo das necessidades assistenciais da população.

A responsabilidade da equipe de Atenção Básica permanece durante todo o percurso assistencial do usuário, inclusive quando houver necessidade de atendimento em serviços especializados, mantendo-se o acompanhamento clínico, a avaliação dos resultados e a continuidade do plano terapêutico.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente constitui instrumento estratégico para o desenvolvimento institucional e para a qualificação contínua das equipes de Atenção Básica, integrando os processos de gestão, assistência, ensino e avaliação do desempenho organizacional.

As ações de capacitação deverão ser planejadas a partir da análise das necessidades identificadas no processo de trabalho, dos indicadores assistenciais, das avaliações de desempenho, das auditorias internas, das notificações de eventos adversos e das atualizações técnico-científicas, promovendo o desenvolvimento de competências compatíveis com as atribuições de cada categoria profissional.

A metodologia de educação permanente deverá privilegiar abordagens participativas, aprendizagem baseada em problemas, discussão de casos clínicos, simulações, treinamentos presenciais e virtuais, oficinas, rodas de conversa, teleconsultorias, educação a distância e demais estratégias capazes de integrar teoria e prática profissional.

A instituição deverá manter programa permanente de capacitação contemplando atualização dos protocolos clínicos, segurança do paciente, gestão de riscos, vigilância em saúde, humanização da assistência, tecnologias em saúde, utilização dos sistemas de informação, legislação aplicável, ética

profissional e demais temas estratégicos relacionados à execução do Contrato de Gestão.

O monitoramento das ações educativas deverá ocorrer mediante indicadores de participação, avaliação da aprendizagem, aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e impacto sobre os processos assistenciais e administrativos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, da segurança do paciente e da eficiência institucional.

4. APOIO MATRICIAL E INTEGRAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

A qualificação da assistência prestada pelas equipes de Atenção Básica pressupõe atuação integrada entre diferentes categorias profissionais e serviços especializados, mediante adoção do apoio matricial como estratégia de fortalecimento da capacidade clínica e técnico-assistencial das equipes.

O apoio matricial caracteriza-se pelo compartilhamento de conhecimentos, discussão de casos clínicos, construção conjunta de projetos terapêuticos, realização de atendimentos compartilhados e suporte técnico às equipes de referência, permitindo maior resolutividade dos casos acompanhados no território.

Essa estratégia favorece a integração entre Atenção Básica e Atenção Especializada, fortalece a atuação interdisciplinar, amplia a capacidade de resposta dos serviços e contribui para o desenvolvimento permanente das competências profissionais, mantendo o usuário vinculado à sua equipe de referência sempre que possível.

RECURSOS TECNOLÓGICOS, PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E SUPORTE À DECISÃO CLÍNICA

A qualificação da Atenção Básica depende da utilização integrada de recursos tecnológicos, protocolos assistenciais e instrumentos de apoio à decisão clínica que possibilitem maior segurança, resolutividade e padronização das práticas desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais. A incorporação dessas ferramentas fortalece a capacidade técnica dos serviços, reduz a variabilidade das condutas assistenciais e promove maior eficiência na organização da Rede de Atenção à Saúde.

A infraestrutura tecnológica das Unidades Básicas de Saúde deverá ser dimensionada de acordo com o perfil epidemiológico da população assistida e com a carteira de serviços ofertados, contemplando equipamentos médico-assistenciais, sistemas informatizados, recursos diagnósticos, dispositivos de apoio terapêutico, conectividade, prontuário eletrônico e demais tecnologias necessárias à adequada execução das atividades assistenciais e administrativas.

A disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos deverá assegurar condições para realização de procedimentos clínicos, exames complementares compatíveis com o nível de atenção, monitoramento de condições crônicas, atendimento às urgências de baixa complexidade, imunização, acompanhamento de grupos prioritários e demais ações previstas nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde.

Como instrumento de padronização da assistência, a instituição deverá adotar Protocolos Clínicos, Diretrizes Assistenciais, Linhas de Cuidado e Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) elaborados com base em evidências científicas, diretrizes do Ministério da Saúde, recomendações das sociedades científicas e normas dos órgãos reguladores.

Esses instrumentos deverão estabelecer critérios objetivos para avaliação clínica, estratificação de risco, definição de condutas terapêuticas, solicitação de exames complementares, administração de medicamentos, realização de procedimentos, encaminhamento para outros níveis assistenciais e acompanhamento longitudinal dos usuários, assegurando uniformidade das práticas, redução de eventos adversos e maior segurança do paciente.

Os protocolos assistenciais também deverão disciplinar os fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo critérios técnicos para encaminhamento, mecanismos de comunicação entre os serviços e responsabilidades de cada ponto de atenção, de forma a garantir continuidade do cuidado, integração assistencial e utilização racional dos recursos disponíveis.

A utilização sistemática de protocolos contribui para a qualificação das decisões clínicas, especialmente em situações de maior complexidade ou de

difícil manejo, oferecendo suporte técnico aos profissionais, reduzindo a variabilidade das condutas, promovendo maior aderência às boas práticas assistenciais e fortalecendo a medicina baseada em evidências.

Complementarmente, a instituição deverá promover atualização periódica dos protocolos adotados, acompanhando a evolução do conhecimento científico, das políticas públicas de saúde e das recomendações técnicas nacionais e internacionais. Esse processo deverá estar integrado às atividades de educação permanente, auditoria clínica, gestão da qualidade e monitoramento de indicadores assistenciais, assegurando que as práticas institucionais permaneçam alinhadas aos mais elevados padrões de qualidade, segurança, efetividade e eficiência.

Por fim, os investimentos em infraestrutura física, tecnologia, informatização e inovação deverão observar o planejamento estratégico institucional e as necessidades identificadas no território de atuação, contribuindo para ampliar a capacidade resolutiva da Atenção Básica, fortalecer a coordenação do cuidado e promover uma assistência integral, segura, humanizada e orientada por resultados.

NORMAS GERAIS DE CONDUTA E ROTINAS INSTITUCIONAIS ADMINISTRATIVA

As presentes normas estabelecem os padrões mínimos de conduta profissional, organização do trabalho e execução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais, sendo de observância obrigatória por todos os colaboradores que atuam na instituição, independentemente da categoria profissional ou vínculo contratual.

O cumprimento destas diretrizes visa assegurar a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a padronização dos processos, a preservação do patrimônio público, o cumprimento das normas legais e o fortalecimento da cultura institucional de ética, responsabilidade e excelência na prestação dos serviços de saúde.

A Instituição implantará processos administrativos padronizados, integrados e orientados pelas melhores práticas de governança, gestão pública

e administração em saúde, com a finalidade de assegurar o adequado funcionamento das Unidades de Saúde, a eficiência dos serviços, a correta aplicação dos recursos públicos e o cumprimento das obrigações legais, contratuais e regulatórias decorrentes do Contrato de Gestão.

Os processos administrativos serão estruturados para garantir organização, rastreabilidade, transparência, controle, economicidade, conformidade e apoio permanente às atividades assistenciais, constituindo instrumento essencial para a sustentabilidade da gestão e para o alcance das metas pactuadas.

Todos os procedimentos administrativos serão disciplinados por normas institucionais, fluxos de trabalho, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), formulários, instruções de trabalho e demais instrumentos de gestão, observando as diretrizes estabelecidas neste Manual e os procedimentos específicos descritos ao longo do Plano de Trabalho.

1. Jornada de Trabalho e Pontualidade

Os profissionais deverão iniciar suas atividades rigorosamente no horário estabelecido em sua jornada de trabalho, observando a escala previamente definida e garantindo a continuidade da assistência sem interrupções ou prejuízo ao atendimento dos usuários.

A troca de plantão ou de turno deverá ocorrer de forma organizada, assegurando a adequada transmissão das informações assistenciais e operacionais necessárias à continuidade do cuidado.

2. Humanização da Assistência

Todo atendimento deverá ser realizado com respeito à dignidade da pessoa humana, observando os princípios da humanização, ética profissional, acolhimento, empatia e integralidade da assistência.

Os profissionais deverão preservar, em todas as circunstâncias, a privacidade, intimidade, autonomia, confidencialidade das informações e os direitos dos usuários, proporcionando ambiente seguro, acolhedor e livre de qualquer forma de discriminação.

3. Identificação e Apresentação Profissional

Durante o exercício das atividades, o colaborador deverá permanecer devidamente uniformizado, utilizando vestimenta padronizada pela instituição, em perfeito estado de conservação e higiene, compatível com sua função e com as normas de biossegurança.

É obrigatória a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e dos Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) sempre que exigidos pela atividade desenvolvida, observando-se as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, as diretrizes da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e os protocolos institucionais.

Os profissionais deverão utilizar identificação funcional visível durante toda a jornada de trabalho, permitindo sua adequada identificação pelos usuários e demais colaboradores.

4. Comunicação com Usuários e Familiares

A comunicação institucional deverá ocorrer de forma clara, objetiva, ética, respeitosa e compatível com o nível de compreensão do usuário ou de seu responsável.

As informações prestadas deverão observar as competências profissionais de cada categoria, preservando o sigilo profissional, a confidencialidade das informações assistenciais e as normas legais relativas à proteção de dados pessoais.

Sempre que solicitado, os profissionais deverão orientar adequadamente os usuários quanto aos fluxos de atendimento, serviços disponíveis e demais informações pertinentes ao cuidado.

5. Identificação do Profissional e Consentimento Informado

Antes da realização de qualquer procedimento assistencial, o profissional deverá apresentar-se ao usuário, informando seu nome, categoria profissional e função exercida.

Também deverá esclarecer, de forma acessível, a finalidade do procedimento, os cuidados necessários, possíveis desconfortos e demais orientações pertinentes, favorecendo a participação do usuário nas decisões relacionadas ao seu tratamento, respeitando os princípios do consentimento informado sempre que aplicável.

6. Observância dos Princípios do Sistema Único de Saúde

Todas as atividades desenvolvidas deverão observar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização, participação social, humanização da assistência e coordenação do cuidado, promovendo atendimento qualificado e orientado às necessidades da população.

7. Organização do Ambiente de Trabalho

Cada profissional é responsável pela manutenção da organização, limpeza e funcionalidade de sua área de atuação durante toda a jornada de trabalho.

Os equipamentos, mobiliários, materiais permanentes e instrumentos assistenciais deverão permanecer organizados, identificados, higienizados e disponíveis para utilização, observando os protocolos institucionais de limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento e conservação.

Quaisquer irregularidades relacionadas às condições físicas, equipamentos ou materiais deverão ser imediatamente comunicadas à chefia imediata.

8. Biossegurança e Utilização dos Ambientes

É vedado o armazenamento, preparo ou consumo de alimentos e bebidas nas áreas assistenciais, salas de procedimentos, consultórios, postos de enfermagem, áreas técnicas, laboratórios e demais ambientes destinados ao atendimento dos usuários.

As refeições deverão ser realizadas exclusivamente nos locais destinados para esse fim, observando as normas institucionais de biossegurança, prevenção de infecções e organização dos ambientes.

9. Registros Assistenciais

Todos os procedimentos realizados, avaliações clínicas, intercorrências, orientações fornecidas, medicamentos administrados, evolução do paciente e demais informações pertinentes deverão ser registrados de forma completa, legível, cronológica, objetiva e tempestiva nos sistemas oficiais da instituição ou nos instrumentos padronizados.

Os registros assistenciais constituem documento legal, técnico e ético, devendo refletir fielmente a assistência prestada, possibilitando rastreabilidade das informações, continuidade do cuidado e suporte às atividades de auditoria, monitoramento e avaliação da qualidade.

É vedada a realização de registros incompletos, rasurados, retroativos, ilegíveis ou que não correspondam às atividades efetivamente executadas.

10. Conservação do Patrimônio Institucional

Todos os colaboradores deverão zelar pela conservação dos bens públicos colocados à disposição da instituição, utilizando equipamentos, materiais, mobiliários, veículos, sistemas informatizados e demais recursos de forma responsável, segura e compatível com sua finalidade.

Qualquer dano, extravio, perda ou utilização inadequada de bens institucionais deverá ser imediatamente comunicado à chefia responsável para adoção das providências administrativas cabíveis.

11. Identificação do Usuário

Durante toda a assistência, os usuários deverão ser tratados de forma respeitosa, sendo identificados preferencialmente pelo nome completo e pelos protocolos institucionais de identificação segura do paciente.

Sempre que aplicável, antes da realização de qualquer procedimento assistencial, administração de medicamentos, coleta de exames ou demais intervenções clínicas, deverá ser realizada a confirmação da identidade do usuário mediante utilização dos identificadores preconizados pela instituição, em conformidade com os protocolos de segurança do paciente.

12. Responsabilidade Ética e Profissional

Todos os profissionais deverão exercer suas atribuições com observância aos respectivos Códigos de Ética Profissional, à legislação vigente, às normas institucionais, aos protocolos assistenciais e às boas práticas em saúde, mantendo postura compatível com os princípios da administração pública, da ética, da responsabilidade técnica e da excelência na prestação dos serviços.

O descumprimento das disposições previstas neste Manual poderá ensejar a adoção das medidas administrativas, disciplinares, éticas e legais

cabíveis, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal eventualmente aplicáveis.

DIRETRIZES DE GESTÃO

A governança e a organização institucional constituem elementos essenciais para assegurar a adequada implantação, execução, supervisão e avaliação dos serviços previstos no Contrato de Gestão. Para tanto, o Manual de Normas e Rotinas estabelecerá diretrizes, competências, responsabilidades, mecanismos de comunicação e instrumentos de controle destinados a garantir a integração entre as equipes, a conformidade dos processos, a transparência das ações e a melhoria contínua dos serviços.

Responsabilidades Institucionais

A Instituição implantará, organizará, coordenará, supervisionará, monitorará e avaliará todos os serviços objeto do Contrato de Gestão, assegurando sua execução em conformidade com a legislação vigente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as normas técnicas e sanitárias aplicáveis, as disposições do Edital, seus anexos, do Plano de Trabalho, do Contrato de Gestão e demais orientações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle e fiscalização.

Para assegurar uma gestão eficiente, integrada e orientada por resultados, a Instituição implantará estrutura de governança institucional compatível com a complexidade dos serviços, estabelecendo mecanismos de coordenação, supervisão, monitoramento, controle e melhoria contínua, de forma a garantir a qualidade da assistência, a eficiência operacional, a segurança dos usuários e a correta aplicação dos recursos públicos.

No âmbito da execução contratual, a Instituição **realizará**, entre outras, as seguintes ações:

- implantará e manterá estrutura de governança compatível com o objeto do Contrato de Gestão;
- disponibilizará recursos humanos, materiais, tecnológicos, logísticos e operacionais necessários ao adequado funcionamento das Unidades;

- elaborará, implantará, divulgará e manterá atualizados o Manual de Normas e Rotinas, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), os protocolos institucionais, os fluxos de trabalho, as instruções operacionais e os demais documentos normativos;
- assegurará o cumprimento da legislação vigente, das normas sanitárias, das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, das políticas institucionais e das obrigações contratuais;
- definirá formalmente as competências, responsabilidades e níveis de autoridade dos gestores, coordenadores, lideranças e equipes;
- acompanhará sistematicamente o desempenho institucional por meio de indicadores de qualidade, produtividade, desempenho assistencial, eficiência operacional e cumprimento das metas pactuadas;
- manterá controles capazes de garantir a integridade, rastreabilidade, segurança, confidencialidade e disponibilidade dos registros administrativos, operacionais e assistenciais;
- promoverá programas permanentes de integração, capacitação, educação permanente e desenvolvimento profissional das equipes;
- implantará mecanismos de gestão da qualidade, gerenciamento de riscos, identificação e tratamento de não conformidades, incidentes e oportunidades de melhoria;
- desenvolverá e acompanhará planos de ação corretiva, preventiva e de melhoria contínua dos processos institucionais;
- assegurará transparência administrativa, regularidade da prestação de contas, rastreabilidade dos processos e atendimento às auditorias e fiscalizações dos órgãos competentes;
- promoverá a integração entre as Unidades de Saúde, a Rede de Atenção à Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e os demais serviços envolvidos na assistência;

- garantirá o cumprimento das normas relativas à proteção de dados pessoais, segurança da informação, biossegurança, saúde e segurança do trabalhador, gerenciamento de resíduos e demais normas regulatórias aplicáveis;
- realizará a gestão patrimonial, assegurando a conservação, manutenção preventiva e corretiva, utilização racional e proteção dos bens públicos, equipamentos, mobiliários e instalações;
- manterá mecanismos permanentes de comunicação institucional, supervisão, monitoramento e avaliação, assegurando a padronização dos processos e a integração entre todos os setores da organização.

A Instituição estabelecerá matriz de responsabilidades, definindo claramente as competências dos diferentes níveis de governança, gestão, coordenação, supervisão e execução, de modo a evitar sobreposição de funções, conflitos de competência, lacunas operacionais e indefinição de atribuições.

Além disso, assegurará que todos os profissionais, independentemente do vínculo jurídico, conheçam e observem as normas institucionais, os fluxos de trabalho, os protocolos, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e os demais documentos que disciplinam a execução das atividades, promovendo ações contínuas de orientação, supervisão, monitoramento e atualização.

As responsabilidades institucionais descritas neste Manual serão complementadas pelos fluxos operacionais, protocolos assistenciais, procedimentos administrativos e demais instrumentos de gestão apresentados ao longo do Plano de Trabalho, os quais integrarão o sistema de governança institucional. Sempre que necessário, esses instrumentos poderão ser revisados, atualizados e aperfeiçoados durante a vigência do Contrato de Gestão, em razão das especificidades de cada Unidade de Saúde, de alterações legais ou regulamentares, de determinações da Secretaria Municipal de Saúde ou da implementação de ações de melhoria contínua, preservando-se a conformidade

contratual, a eficiência operacional, a qualidade da assistência e a segurança dos serviços prestados.

A gestão institucional será conduzida com base em princípios de governança, excelência operacional e melhoria contínua, orientando todas as atividades administrativas, assistenciais e de apoio para o alcance dos objetivos estabelecidos no Contrato de Gestão. As diretrizes previstas neste Manual constituem referenciais para o planejamento, a execução, o monitoramento e o aperfeiçoamento permanente dos processos institucionais, promovendo uma atuação integrada, transparente, eficiente e centrada nas necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

A **governança institucional** será estruturada sobre os princípios da responsabilidade, integridade, transparência, equidade, conformidade e prestação de contas, assegurando processos decisórios fundamentados em critérios técnicos, observância da legislação vigente, controle interno efetivo e adequada gestão dos recursos públicos. A atuação dos gestores deverá privilegiar a ética, a accountability, a gestão baseada em resultados e o fortalecimento dos mecanismos de controle e supervisão institucional.

A **gestão por processos** orientará a organização das atividades por meio do mapeamento, padronização, documentação e monitoramento dos fluxos de trabalho, permitindo a integração entre os setores, a redução de retrabalho, a eliminação de desperdícios, a definição clara de responsabilidades e a melhoria da eficiência operacional. Todos os processos deverão possuir procedimentos padronizados, responsáveis definidos, mecanismos de controle e critérios de avaliação periódica.

A **gestão por indicadores** será utilizada como instrumento permanente de monitoramento e avaliação do desempenho institucional, contemplando indicadores assistenciais, administrativos, financeiros, operacionais, de qualidade, produtividade e segurança do paciente. Os resultados obtidos subsidiarão a tomada de decisões, o planejamento estratégico, a definição de metas, a avaliação do desempenho das equipes e a implementação de ações corretivas e preventivas.

A **gestão de riscos** compreenderá a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento contínuo dos riscos estratégicos, assistenciais, operacionais, financeiros, patrimoniais, tecnológicos, trabalhistas, regulatórios e legais, com a finalidade de prevenir ocorrências que possam comprometer a continuidade dos serviços, a segurança dos usuários, a integridade institucional ou o cumprimento das obrigações contratuais. Os riscos identificados deverão ser registrados, classificados e acompanhados mediante planos de ação específicos.

A **segurança do paciente** constituirá diretriz permanente da assistência, sendo incorporada em todos os processos institucionais por meio da implementação de protocolos assistenciais, práticas seguras, gerenciamento de riscos, notificação e análise de incidentes, educação permanente das equipes e monitoramento de indicadores, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente e demais normas sanitárias aplicáveis.

A **melhoria contínua** será promovida mediante avaliação sistemática dos processos, auditorias internas, análise crítica de resultados, identificação de não conformidades, implementação de ações corretivas e preventivas, estímulo à inovação e incorporação das melhores práticas de gestão e assistência. O aprimoramento permanente dos serviços deverá envolver todos os níveis da organização, fortalecendo a cultura da qualidade, da eficiência e da excelência institucional.

Como diretriz transversal, a instituição adotará ainda a **gestão baseada em evidências**, utilizando informações confiáveis, indicadores de desempenho, análises técnicas e dados institucionais como suporte às decisões gerenciais, garantindo maior efetividade, sustentabilidade e transparência na administração dos recursos públicos e na prestação dos serviços de saúde.

Essas diretrizes deverão orientar a atuação de todas as áreas da Organização Social, constituindo fundamentos essenciais para o desenvolvimento de uma gestão moderna, integrada, orientada por resultados e comprometida com a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a eficiência administrativa e o cumprimento das metas e objetivos pactuados no Contrato de Gestão.

Competências dos Gestores e das Equipes

A Instituição estabelecerá modelo de gestão baseado na definição clara de competências, responsabilidades e níveis de autoridade, assegurando a adequada coordenação dos processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio. As competências atribuídas aos gestores e às equipes terão como finalidade promover a integração entre os setores, garantir a padronização das atividades, fortalecer a governança institucional e assegurar o cumprimento das obrigações previstas no Contrato de Gestão.

Competências dos Gestores

A Instituição designará gestores e coordenadores tecnicamente habilitados para planejar, organizar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a execução dos serviços sob sua responsabilidade, garantindo que todas as atividades sejam desenvolvidas em conformidade com as diretrizes institucionais, a legislação vigente, as normas técnicas, o Plano de Trabalho e o Contrato de Gestão.

Compete aos gestores, dentre outras atribuições:

- assegurar o cumprimento das normas, políticas institucionais, procedimentos operacionais, protocolos assistenciais e rotinas estabelecidas;
- coordenar, orientar, supervisionar e apoiar as equipes na execução das atividades;
- definir, distribuir e acompanhar responsabilidades, observando as competências de cada profissional e setor;
- promover o alinhamento institucional e a integração entre os diversos serviços e equipes multidisciplinares;
- acompanhar sistematicamente o cumprimento das metas contratuais, indicadores de desempenho, qualidade, produtividade e eficiência operacional;
- validar registros, relatórios gerenciais, informações assistenciais e documentos institucionais, garantindo sua consistência e rastreabilidade;

- identificar riscos operacionais, assistenciais, administrativos e institucionais, promovendo ações para sua mitigação;
- implementar, acompanhar e avaliar medidas corretivas, preventivas e de melhoria contínua dos processos;
- comunicar tempestivamente à gestão superior as ocorrências relevantes, incidentes, eventos adversos, não conformidades e situações que possam comprometer a continuidade dos serviços;
- assegurar a adequada utilização dos recursos humanos, materiais, tecnológicos, patrimoniais e financeiros disponíveis;
- acompanhar auditorias internas e externas, inspeções, fiscalizações e processos de avaliação institucional, promovendo o atendimento às recomendações emitidas;
- garantir a execução, o acompanhamento e a efetividade dos planos de ação decorrentes de auditorias, monitoramentos, indicadores e avaliações institucionais;
- revisar periodicamente os processos de trabalho, propondo atualizações dos fluxos, normas e procedimentos sempre que necessário;
- manter interlocução permanente com a gestão do Contrato de Gestão, com a Secretaria Municipal de Saúde, órgãos de controle e demais instituições envolvidas na execução dos serviços;
- incentivar a cultura da qualidade, da segurança, da ética, da inovação, da transparência e da melhoria contínua;
- promover a integração, capacitação e desenvolvimento permanente das equipes, estimulando a educação continuada e a disseminação das boas práticas institucionais.

Competências das Equipes

A Instituição orientará todas as equipes para que desenvolvam suas atividades de forma integrada, ética, humanizada e comprometida com os

princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), observando rigorosamente as normas institucionais, os fluxos de trabalho, os protocolos assistenciais, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e os demais documentos que disciplinam a execução dos serviços.

Compete às equipes, no exercício de suas funções:

- conhecer, compreender e cumprir as normas, políticas institucionais, regulamentos, protocolos, fluxos de trabalho e procedimentos aplicáveis às suas atividades;
- executar as atividades sob sua responsabilidade com observância dos padrões técnicos, assistenciais, administrativos e operacionais estabelecidos pela Instituição;
- manter registros completos, legíveis, tempestivos, íntegros e atualizados, assegurando a rastreabilidade das informações e a confiabilidade dos processos;
- comunicar imediatamente aos gestores situações de risco, incidentes, eventos adversos, não conformidades ou quaisquer ocorrências que possam comprometer a segurança dos usuários, dos profissionais ou da instituição;
- participar das ações de integração institucional, treinamentos, reuniões técnicas, programas de educação permanente e demais atividades de desenvolvimento profissional promovidas pela Instituição;
- colaborar com a implementação de ações de melhoria contínua, apresentando sugestões para aperfeiçoamento dos processos e contribuindo para a resolução de problemas identificados;
- observar rigorosamente as normas relativas à segurança do trabalho, biossegurança, prevenção e controle de infecções, proteção de dados pessoais, segurança da informação, confidencialidade e sigilo profissional;

lrm

- utilizar de forma responsável os recursos institucionais, preservando equipamentos, materiais, instalações, sistemas de informação e patrimônio público disponibilizados para a execução dos serviços;
- atuar de forma integrada, colaborativa e respeitosa com os demais setores, contribuindo para a continuidade do cuidado e para o adequado funcionamento das Unidades;
- cumprir as orientações da gestão, observando as responsabilidades inerentes à função exercida e mantendo conduta ética, profissional e compatível com os valores institucionais.

Comunicação Interna

A Instituição implantará e manterá um sistema de comunicação interna estruturado, padronizado e eficiente, destinado a assegurar o fluxo contínuo, seguro e tempestivo de informações entre a gestão, as equipes assistenciais, administrativas, operacionais e de apoio, promovendo a integração entre os setores e contribuindo para a qualidade, a segurança e a continuidade dos serviços prestados.

A comunicação institucional será utilizada como instrumento estratégico de gestão, permitindo a disseminação de orientações, normas, procedimentos, decisões administrativas, alterações de processos, indicadores de desempenho, planos de ação e demais informações necessárias ao adequado funcionamento das Unidades de Saúde.

Para esse fim, a Instituição estabelecerá canais oficiais de comunicação, observando as características e a finalidade de cada informação, podendo utilizar, entre outros:

- comunicados internos;
- memorandos;
- ofícios;
- correio eletrônico institucional;
- sistemas informatizados de gestão;

lrm

- prontuário eletrônico, quando aplicável;
- reuniões gerenciais;
- reuniões de coordenação;
- reuniões periódicas de equipes;
- boletins informativos;
- murais institucionais;
- atas de reuniões;
- formulários padronizados;
- registros em sistemas corporativos;
- ordens de serviço;
- circulares internas;
- informativos institucionais;
- plataformas digitais corporativas e demais canais oficiais de comunicação adotados pela Instituição.

A Instituição promoverá reuniões periódicas entre os diferentes níveis de gestão e execução, com a finalidade de alinhar estratégias, acompanhar metas, avaliar indicadores, discutir resultados, analisar não conformidades, monitorar planos de ação, compartilhar boas práticas e fortalecer a integração entre as equipes.

Toda comunicação que envolva decisões institucionais, orientações técnicas, alterações de normas, protocolos, fluxos de trabalho, definição de responsabilidades, comunicação de riscos, incidentes, eventos adversos, determinações da gestão, recomendações de auditorias ou órgãos de controle, bem como quaisquer informações que possam impactar a execução dos serviços, será formalizada e registrada, garantindo sua rastreabilidade, autenticidade e disponibilidade para consulta.

lcm

A Instituição adotará mecanismos destinados a assegurar que as informações institucionais sejam transmitidas de forma clara, objetiva, íntegra, acessível e tempestiva, minimizando riscos de interpretações equivocadas, falhas de comunicação ou descontinuidade dos processos.

Sempre que houver atualização de normas, procedimentos, protocolos, fluxos operacionais ou documentos institucionais, a Instituição realizará a divulgação formal aos profissionais envolvidos, promovendo, quando necessário, ações de orientação, treinamento e registro da ciência dos colaboradores, de modo a assegurar a correta implementação das alterações.

As informações classificadas como estratégicas, confidenciais ou que contenham dados pessoais, informações assistenciais ou documentos administrativos protegidos serão tratadas em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD), com a Política Institucional de Segurança da Informação e com as normas de confidencialidade adotadas pela Instituição.

Será vedada a utilização de canais informais para transmissão de informações institucionais sensíveis, documentos oficiais, dados pessoais ou informações relacionadas aos usuários, sempre que tais meios possam comprometer a confidencialidade, a integridade, a autenticidade, a disponibilidade ou a rastreabilidade das informações.

A Instituição manterá mecanismos de monitoramento da efetividade da comunicação interna, avaliando periodicamente a divulgação das informações, a atualização dos documentos institucionais, a participação das equipes nas reuniões e ações de alinhamento, bem como a implementação das orientações emitidas pela gestão.

A comunicação interna observará, em todas as suas etapas, os princípios da legalidade, transparência, impessoalidade, clareza, objetividade, tempestividade, acessibilidade, integridade, confidencialidade, rastreabilidade, segurança da informação e melhoria contínua, contribuindo para o fortalecimento da governança institucional e para a execução eficiente, segura e integrada dos serviços previstos no Contrato de Gestão.

As diretrizes de comunicação institucional previstas neste Manual serão complementadas pelos fluxos de comunicação, procedimentos operacionais e rotinas específicas descritos ao longo do Plano de Trabalho, podendo ser revisados e aperfeiçoados durante a vigência do Contrato de Gestão, em conformidade com as necessidades operacionais das Unidades, as orientações da Secretaria Municipal de Saúde e as melhores práticas de gestão em saúde.

Controle Documental

A Instituição implantará e manterá Sistema de Controle Documental destinado a assegurar a gestão eficiente, padronizada e segura de todos os documentos institucionais produzidos ou utilizados na execução do Contrato de Gestão, garantindo sua autenticidade, integridade, rastreabilidade, disponibilidade, confidencialidade e atualização permanente.

O controle documental constituirá instrumento essencial de governança, gestão da qualidade e conformidade institucional, permitindo a padronização dos processos, o adequado fluxo das informações, a preservação da memória organizacional e o atendimento às exigências legais, contratuais, regulatórias e dos órgãos de fiscalização e controle.

O Sistema de Controle Documental abrangerá todas as fases do ciclo de vida dos documentos, compreendendo sua elaboração, análise técnica, aprovação, codificação, emissão, distribuição, divulgação, utilização, revisão, versionamento, armazenamento, preservação, guarda, arquivamento e descarte, observando critérios previamente estabelecidos pela Instituição.

A Instituição adotará procedimentos padronizados para garantir que todos os documentos institucionais sejam elaborados de forma uniforme e possuam identificação adequada, permitindo sua localização, controle e utilização pelas equipes autorizadas.

Sempre que aplicável, os documentos conterão, no mínimo:

- título do documento;
- código de identificação;
- classificação documental;

lcm

- unidade ou setor responsável;
- finalidade e campo de aplicação;
- data de emissão;
- data de vigência;
- número da versão;
- responsáveis pela elaboração, análise técnica e aprovação;
- histórico das revisões realizadas;
- periodicidade de revisão;
- classificação quanto ao nível de acesso;
- prazo de guarda;
- forma de arquivamento físico ou eletrônico;
- identificação da versão vigente.

A Instituição manterá mecanismos que assegurem que apenas documentos oficialmente aprovados e vigentes sejam utilizados na execução das atividades, impedindo a circulação ou utilização de versões desatualizadas, não aprovadas, incompletas ou sem identificação de versão.

Os documentos institucionais serão submetidos a revisões periódicas e extraordinárias, especialmente quando houver alterações na legislação, nas normas técnicas, nas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, no Contrato de Gestão, nos processos de trabalho ou sempre que identificadas oportunidades de melhoria.

Toda alteração documental será formalmente registrada, permitindo a identificação das modificações realizadas, da data da revisão, da versão substituída, da versão vigente e dos responsáveis pela elaboração, análise e aprovação, garantindo a completa rastreabilidade do processo de atualização.

Os documentos substituídos ou considerados obsoletos serão imediatamente retirados dos pontos de uso, identificados como cancelados ou

substituídos e mantidos em arquivo apenas quando necessário para fins de histórico institucional, auditorias, fiscalização, comprovação documental, rastreabilidade ou cumprimento dos prazos legais de guarda.

A Instituição estabelecerá critérios para armazenamento, preservação, recuperação e descarte documental, observando a legislação arquivística, as normas de gestão documental, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD), as políticas institucionais de segurança da informação e as tabelas de temporalidade documental aplicáveis.

Os documentos e registros institucionais poderão ser mantidos em meio físico, eletrônico ou híbrido, desde que sejam asseguradas sua autenticidade, integridade, disponibilidade, confidencialidade, legibilidade, rastreabilidade e recuperação sempre que necessária.

O acesso aos documentos será controlado de acordo com o nível de confidencialidade das informações, sendo permitido apenas às pessoas formalmente autorizadas, respeitando-se os princípios da necessidade de acesso, do sigilo profissional, da proteção de dados pessoais e da segurança da informação.

A Instituição realizará o monitoramento contínuo do Sistema de Controle Documental, verificando a atualização dos documentos, o cumprimento dos prazos de revisão, a utilização das versões vigentes, a regularidade dos registros e a conformidade dos processos documentais, promovendo auditorias internas e adotando medidas corretivas sempre que identificadas inconsistências ou não conformidades.

As diretrizes de controle documental previstas neste Manual serão complementadas pelos procedimentos específicos, fluxos documentais, formulários padronizados, instruções de trabalho e demais instrumentos de gestão descritos ao longo do Plano de Trabalho, podendo ser atualizados durante a vigência do Contrato de Gestão para atender às necessidades operacionais das Unidades, às alterações normativas e às melhores práticas de governança, qualidade e gestão documental.

Aprovação, Revisão e Versionamento

A Instituição implantará processo formal de aprovação, revisão e controle de versionamento dos documentos institucionais, com o objetivo de assegurar que todas as normas, políticas, procedimentos, protocolos, fluxos de trabalho, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), instruções de trabalho, formulários e demais documentos utilizados na execução do Contrato de Gestão permaneçam atualizados, tecnicamente consistentes, padronizados e em conformidade com a legislação vigente, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e as necessidades operacionais das Unidades.

Antes de sua implementação, todo documento institucional será submetido à análise técnica e à aprovação das áreas competentes, observando os níveis de responsabilidade definidos pela estrutura de governança da Instituição.

O processo de aprovação contemplará, entre outros aspectos:

- conformidade com a legislação vigente e as normas regulatórias aplicáveis;
- aderência às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- compatibilidade com o Edital, seus anexos, o Plano de Trabalho e o Contrato de Gestão;
- adequação técnica, administrativa, assistencial e operacional;
- clareza na definição das competências, responsabilidades e fluxos de trabalho;
- viabilidade de implementação e aplicação prática;
- impacto sobre a qualidade, segurança, continuidade e eficiência dos serviços;
- integração com os demais documentos e processos institucionais;
- alinhamento às políticas institucionais de governança, gestão da qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos.

A Instituição estabelecerá cronograma periódico de revisão documental, sem prejuízo das revisões extraordinárias que se fizerem necessárias em razão de alterações legais, regulatórias ou operacionais.

As revisões poderão ocorrer, dentre outras hipóteses:

- atualização da legislação ou de normas técnicas;
- alterações no Contrato de Gestão ou em seus instrumentos complementares;
- modificações nas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde;
- recomendações decorrentes de auditorias, inspeções ou fiscalizações;
- determinações dos órgãos de controle interno ou externo;
- identificação de não conformidades ou fragilidades nos processos;
- ocorrência de incidentes, eventos adversos ou situações de risco;
- implantação de novos serviços, tecnologias, equipamentos ou sistemas de informação;
- alterações na estrutura organizacional ou nos fluxos de trabalho;
- necessidade de adequação às especificidades das Unidades de Saúde;
- incorporação de boas práticas, evidências científicas ou oportunidades de melhoria contínua.

Toda revisão documental resultará na emissão de nova versão do documento, mantendo-se registro formal contendo, no mínimo:

- número da versão;
- data da revisão;
- descrição das alterações realizadas;
- responsável pela elaboração ou revisão;
- responsável pela análise técnica;

lrm

- autoridade competente para aprovação;
- data de início da vigência.

A Instituição manterá histórico completo das versões emitidas, assegurando a rastreabilidade das alterações, a transparência dos processos decisórios, a preservação da memória institucional e a disponibilidade das informações para auditorias, inspeções, fiscalizações e demais atividades de controle.

Sempre que necessário, os documentos revisados serão acompanhados de plano de implantação, contemplando cronograma, comunicação às equipes, treinamentos e acompanhamento da implementação das alterações aprovadas.

Divulgação e Disponibilização dos Documentos

A Instituição promoverá ampla divulgação e disponibilização dos documentos institucionais vigentes, assegurando que gestores, profissionais, colaboradores, prestadores de serviços e demais envolvidos na execução do Contrato de Gestão tenham acesso às normas, políticas, protocolos, fluxos de trabalho e procedimentos aplicáveis às suas atividades.

Os documentos poderão ser disponibilizados em meio físico, eletrônico ou por sistemas informatizados institucionais, observadas as regras de segurança da informação, confidencialidade, controle de acesso e proteção de dados pessoais.

Para garantir a efetiva utilização dos documentos institucionais, a Instituição assegurará que:

- somente as versões vigentes permaneçam disponíveis para utilização;
- todos os profissionais sejam formalmente comunicados acerca da publicação, revisão ou substituição de documentos;
- as alterações relevantes sejam amplamente divulgadas por meio dos canais oficiais de comunicação institucional;

- os documentos críticos para a execução das atividades estejam disponíveis nos respectivos locais de trabalho ou em sistemas eletrônicos de fácil acesso;
- sejam promovidas orientações, treinamentos e ações de capacitação sempre que houver atualização de normas, protocolos ou procedimentos;
- a participação dos profissionais nas ações de divulgação e capacitação seja registrada, sempre que aplicável;
- documentos substituídos, cancelados ou obsoletos sejam imediatamente retirados dos pontos de utilização, evitando sua aplicação indevida;
- documentos classificados como confidenciais ou de acesso restrito sejam disponibilizados exclusivamente aos profissionais autorizados.

A divulgação institucional poderá ocorrer por diferentes meios, conforme a natureza e a relevância da informação, incluindo:

- reuniões gerenciais e técnicas;
- treinamentos presenciais ou virtuais;
- programas de integração institucional;
- comunicados internos;
- memorandos;
- correio eletrônico institucional;
- plataformas eletrônicas corporativas;
- sistemas informatizados;
- murais institucionais;
- boletins informativos;
- manuais;
- cartilhas;

am

- ordens de serviço;
- circulares;
- orientações no ambiente de trabalho e demais canais oficiais adotados pela Instituição.

A Instituição realizará o acompanhamento contínuo da efetividade da divulgação documental, verificando se os documentos permanecem acessíveis, atualizados e efetivamente utilizados pelas equipes, adotando medidas corretivas sempre que identificadas falhas de comunicação, utilização de versões obsoletas ou necessidade de reforço na capacitação dos profissionais.

As diretrizes de aprovação, revisão, versionamento, divulgação e disponibilização dos documentos integrarão o Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição e serão complementadas pelos fluxos operacionais, procedimentos específicos e instrumentos de gestão descritos ao longo do Plano de Trabalho, podendo ser aperfeiçoadas durante a vigência do Contrato de Gestão para atender às atualizações legais, às necessidades operacionais das Unidades e às melhores práticas de governança e gestão documental.

ACOLHIMENTO ADMINISTRATIVO

Objetivo

Padronizar os procedimentos executados pela Recepção das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, assegurando atendimento humanizado, organizado, eficiente e seguro, garantindo a correta identificação do usuário, a organização do fluxo assistencial, a proteção das informações e o adequado acesso aos serviços de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Humanização e das normas institucionais.

Abrangência

Este Manual aplica-se a todas as unidades e serviços sob gestão da Organização Social no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo

os processos administrativos, assistenciais e de apoio necessários à execução do Contrato de Gestão.

As disposições aqui estabelecidas são de observância obrigatória por todos os colaboradores, prestadores de serviços e gestores que atuem nas seguintes áreas:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Equipes de Saúde Bucal (eSB);
- Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti);
- Serviços e ações de Vigilância em Saúde integrados à Atenção Primária;
- Assistência Farmacêutica e Farmácias das Unidades;
- Salas de Vacinação;
- Serviços Administrativos e de Apoio;
- Serviços de Recepção e Atendimento ao Usuário;
- Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);
- Almoxarifado e Gestão de Materiais;
- Patrimônio;
- Compras e Suprimentos;
- Setor Financeiro;
- Faturamento e Sistemas de Informação em Saúde;
- Recursos Humanos;
- Tecnologia da Informação;
- Ouvidoria e Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
- Coordenação das Unidades de Saúde;

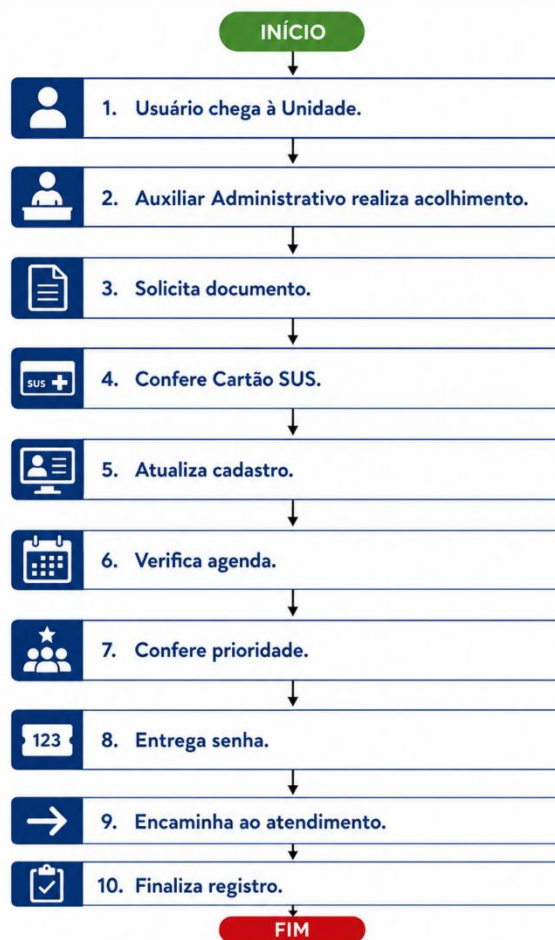
- Coordenação da Atenção Primária;
- Diretoria Técnica;
- Diretoria Administrativa;
- Diretoria Geral.

Este Manual aplica-se, igualmente, a todos os profissionais vinculados direta ou indiretamente à execução do Contrato de Gestão, independentemente do vínculo jurídico, incluindo empregados celetistas, profissionais contratados por pessoa jurídica, prestadores de serviços, residentes, estagiários, jovens aprendizes, voluntários e demais colaboradores autorizados, observadas as atribuições específicas de cada categoria profissional.

Sua utilização é obrigatória em todas as unidades gerenciadas pela Organização Social, constituindo referência institucional para a padronização dos processos de trabalho, promoção da qualidade assistencial, segurança do paciente, conformidade legal, eficiência administrativa e melhoria contínua dos serviços prestados à população.

cam

ROTINA OPERACIONAL



CHECKLIST OPERACIONAL – RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO ADMINISTRATIVO

Item de Verificação	Sim	Não	Observações
1. Identificação do usuário realizada mediante documento oficial com foto ou outro documento válido	☐	☐	
2. Cadastro Individual localizado no sistema institucional	☐	☐	
3. Cartão Nacional de Saúde (CNS) conferido e validado	☐	☐	
4. Dados cadastrais atualizados (endereço, telefone, e-mail e demais informações obrigatórias)	☐	☐	
5. Vínculo do usuário à equipe de ESF/microárea confirmado	☐	☐	
6. Agenda do profissional conferida	☐	☐	
7. Critérios de atendimento prioritário avaliados conforme legislação vigente	☐	☐	
8. Classificação do atendimento registrada no sistema	☐	☐	
9. Senha ou ordem de atendimento disponibilizada ao usuário	☐	☐	
10. Usuário devidamente orientado quanto ao fluxo de atendimento e tempo estimado de espera	☐	☐	
11. Atendimento registrado integralmente no sistema de informação oficial (e-SUS APS/PEC ou sistema adotado pelo Município)	☐	☐	
12. Sigilo e confidencialidade das informações preservados durante todo o atendimento	☐	☐	
13. Necessidade de encaminhamento interno identificada e realizada corretamente	☐	☐	
14. Documentação física ou digital organizada e arquivada conforme rotina institucional	☐	☐	
15. Atendimento finalizado e processo encerrado no sistema	☐	☐	

Critérios de Conformidade

Considera-se o procedimento **conforme** quando:

- 100% dos campos obrigatórios forem preenchidos;
- O cadastro estiver atualizado e validado;
- O usuário estiver corretamente identificado e vinculado à equipe responsável;
- O atendimento estiver registrado no sistema oficial;
- O fluxo institucional tiver sido integralmente cumprido;
- Não houver inconformidades relacionadas ao sigilo das informações ou ao atendimento prioritário.

Periodicidade de Verificação

- **Diariamente:** conferência pelo Assistente Administrativo responsável.
- **Semanalmente:** auditoria amostral pelo Supervisor Administrativo.
- **Mensalmente:** auditoria gerencial pela Coordenação Administrativa da Unidade.

- **Quadrimestralmente:** auditoria institucional para monitoramento dos indicadores do Contrato de Gestão.

CADASTRO DE USUÁRIOS

Cadastro e Atualização Cadastral

Objetivo

Padronizar o processo de cadastramento e atualização dos dados dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a correta identificação do cidadão, a integridade das informações cadastrais, a rastreabilidade dos atendimentos e a alimentação dos sistemas oficiais de informação da Atenção Primária à Saúde.

Responsáveis

- **Auxiliar Administrativo;**
- **Gerente da Unidade.**

IDENTIFICAÇÃO

Objetivo

Garantir a correta identificação e qualificação dos usuários cadastrados no Sistema Único de Saúde, assegurando a integridade das informações, a rastreabilidade dos registros e a atualização permanente dos dados cadastrais para subsidiar o planejamento, monitoramento e execução das ações da Atenção Básica.

Abrangência

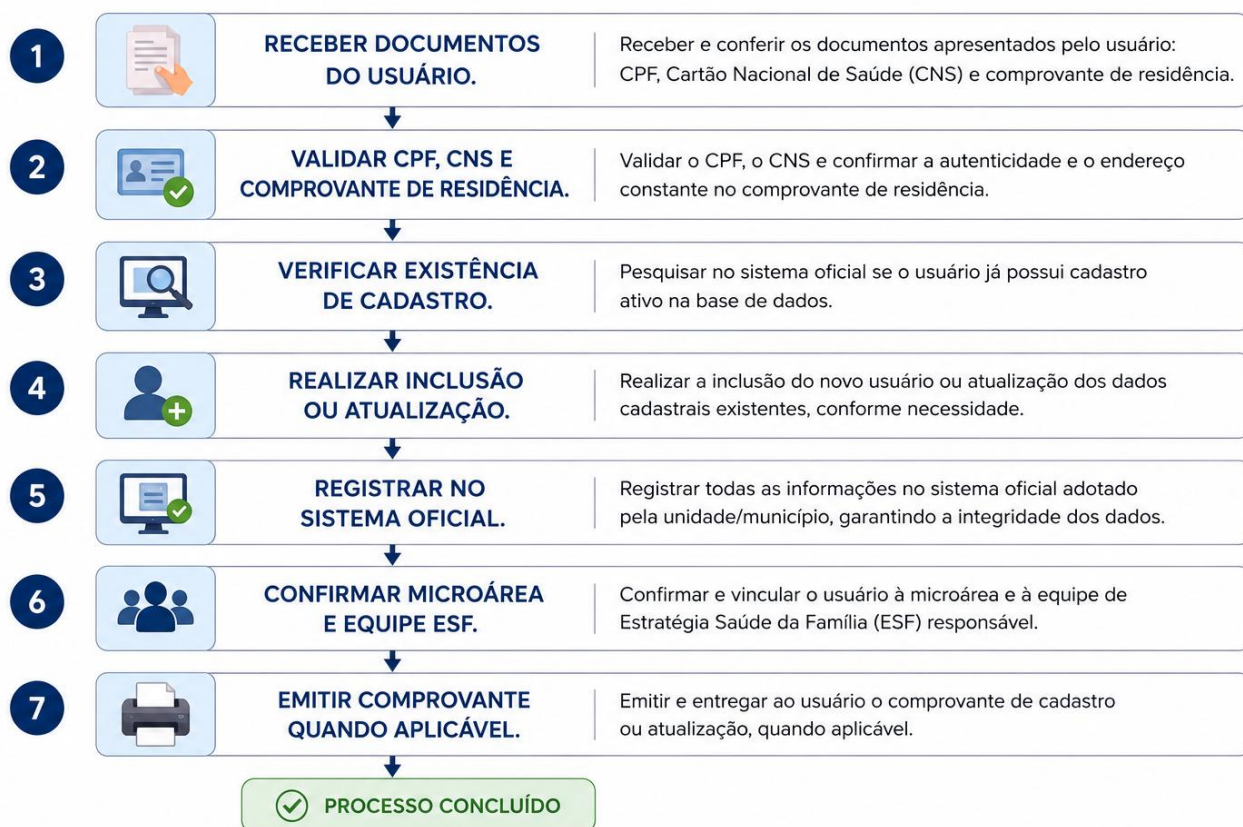
Aplica-se a todos os cadastros realizados nas unidades da Atenção Básica, incluindo usuários novos, atualização cadastral, transferência de domicílio e revisão periódica das informações.

Responsáveis

- **Recepcionista**

- Auxiliar Administrativo
- Agente Comunitário de Saúde
- Gerente da Unidade

ROTINA – CADASTRO DE USUÁRIOS



O Cadastro e Atualização Cadastral constitui o conjunto de procedimentos administrativos destinados à identificação, qualificação e manutenção das informações dos usuários atendidos pela Unidade Básica de Saúde, garantindo a correta vinculação à Estratégia Saúde da Família (ESF), a integridade dos registros assistenciais e a alimentação dos sistemas oficiais de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse processo tem como finalidade assegurar que todas as informações pessoais, familiares e territoriais do usuário permaneçam atualizadas, possibilitando o adequado planejamento das ações de saúde, o

acompanhamento longitudinal do cuidado, a correta adscrição da população às equipes de Saúde da Família e o monitoramento dos indicadores da Atenção Primária à Saúde.

O procedimento inicia-se com o acolhimento do usuário pela equipe de recepção, que realiza a conferência da documentação obrigatória e consulta a existência de cadastro nos sistemas informatizados oficiais utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Verificada a existência do registro, são conferidos todos os dados cadastrais, promovendo-se a atualização sempre que identificadas alterações de endereço, telefone, composição familiar, responsável legal, documentos pessoais ou demais informações obrigatórias. Na inexistência de cadastro, procede-se ao seu cadastramento completo, observando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Durante a atualização cadastral, deve ser validada a vinculação territorial do usuário à respectiva área de abrangência e microárea da Estratégia Saúde da Família, assegurando a correta adscrição da população e a adequada organização do processo de trabalho das equipes multiprofissionais. Todas as inclusões, alterações e atualizações deverão ser registradas no prontuário eletrônico e nos sistemas oficiais de informação, preservando a rastreabilidade das operações realizadas.

Os profissionais responsáveis deverão assegurar a veracidade das informações registradas, orientando o usuário quanto à importância da atualização periódica dos dados cadastrais para garantir a continuidade da assistência, o acesso aos serviços de saúde, a realização de visitas domiciliares, campanhas de imunização, programas de acompanhamento e demais ações desenvolvidas pela Atenção Primária.

Todo o tratamento das informações deverá observar rigorosamente os princípios da confidencialidade, do sigilo profissional, da segurança da informação e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a proteção dos dados pessoais e sensíveis dos usuários.

As inconsistências cadastrais que não puderem ser solucionadas no momento do atendimento deverão ser registradas e encaminhadas ao

responsável administrativo ou à Coordenação da Unidade para análise e adoção das providências necessárias, mantendo-se controle das pendências até sua regularização.

Ao término do procedimento, o usuário deverá ser informado sobre a conclusão da atualização cadastral, orientado quanto à necessidade de manter seus dados sempre atualizados e encaminhado para a continuidade do atendimento ou serviço solicitado, garantindo a organização do fluxo assistencial e administrativo da Unidade Básica de Saúde.

ORGANIZAÇÃO DAS FILAS

A organização das filas compreende o conjunto de procedimentos administrativos destinados ao gerenciamento do fluxo de usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), desde o ingresso na unidade até o encaminhamento ao serviço solicitado. Seu objetivo é assegurar atendimento ordenado, humanizado, equânime, transparente e eficiente, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a legislação vigente e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O processo consiste na identificação da demanda apresentada pelo usuário, verificação da existência de agendamento, definição da ordem de atendimento e direcionamento ao setor competente, observando as prioridades legais estabelecidas para idosos, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência, pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), pessoas com mobilidade reduzida e demais públicos contemplados pela legislação específica, sem prejuízo da aplicação dos protocolos de acolhimento e classificação de risco, quando cabíveis.

A organização do fluxo deverá utilizar, sempre que disponível, sistema informatizado de gerenciamento de filas ou outro mecanismo institucional que permita controlar a ordem de atendimento, monitorar o tempo de espera e garantir a rastreabilidade das informações. Na ausência desses recursos, deverão ser adotados procedimentos administrativos padronizados que assegurem a transparência e a isonomia entre os usuários.

Durante todo o período de permanência na unidade, os usuários deverão receber informações claras quanto ao fluxo de atendimento, local de realização

dos serviços, documentação necessária e previsão aproximada do tempo de espera, contribuindo para a redução de dúvidas, melhoria da comunicação institucional e fortalecimento da humanização do atendimento.

O fluxo deverá ser continuamente monitorado pela equipe responsável, permitindo a identificação de situações de sobrecarga, atrasos, aglomerações ou qualquer ocorrência que possa comprometer a eficiência operacional da unidade. Sempre que identificadas intercorrências, deverão ser adotadas medidas corretivas imediatas, visando restabelecer a normalidade do atendimento e minimizar impactos à assistência.

A organização das filas deverá observar os princípios da eficiência administrativa, acessibilidade, equidade, transparência, humanização e segurança do usuário, promovendo a adequada distribuição da demanda, reduzindo o tempo de espera e garantindo a continuidade dos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde e pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

ENCAMINHAMENTO INTERNO

Objetivo

Padronizar o fluxo de encaminhamento dos usuários entre os diversos serviços e setores da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), assegurando a continuidade da assistência, a organização dos processos de trabalho, a integração entre as equipes e a segurança do usuário durante todas as etapas do atendimento.

Responsáveis

- Equipe Administrativa;
- Profissionais Assistenciais;
- Coordenação da Unidade;
- Responsáveis pelos setores envolvidos.

Descrição

O Encaminhamento Interno consiste no conjunto de procedimentos administrativos e operacionais destinados à condução do usuário entre os diferentes serviços disponibilizados na Unidade Básica de Saúde, garantindo

que o atendimento ocorra de forma organizada, segura, eficiente e integrada. O processo visa assegurar a continuidade do cuidado, evitar interrupções no atendimento, reduzir retrabalho, otimizar o fluxo assistencial e promover a adequada comunicação entre os setores envolvidos.

O encaminhamento deverá ocorrer sempre que houver necessidade de continuidade do atendimento em outro setor da unidade, observando-se a natureza da demanda apresentada, os protocolos institucionais, a disponibilidade dos serviços e os fluxos previamente estabelecidos pela gestão.

Antes da realização do encaminhamento, deverá ser confirmada a necessidade do serviço solicitado, identificando-se o setor ou profissional responsável pelo atendimento subsequente. Todas as informações necessárias deverão ser registradas nos sistemas informatizados oficiais utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde ou em instrumentos institucionais próprios, garantindo a rastreabilidade do processo e a integridade das informações.

O usuário deverá ser devidamente orientado quanto ao local de atendimento, à documentação necessária, aos procedimentos a serem realizados e às demais informações pertinentes, assegurando sua adequada circulação entre os setores da unidade.

Sempre que houver necessidade de encaminhamento de documentos, solicitações, formulários, exames ou outros registros administrativos, estes deverão acompanhar o fluxo do usuário, preservando a completude das informações e evitando atrasos ou prejuízos ao atendimento.

As equipes deverão manter comunicação permanente entre os setores envolvidos, assegurando a continuidade do atendimento, a resolução das demandas e o acompanhamento das pendências existentes. Situações de ausência do usuário, recusas de atendimento, inconsistências cadastrais, impedimentos operacionais ou quaisquer intercorrências deverão ser registradas nos sistemas institucionais e comunicadas à Coordenação da Unidade para adoção das providências cabíveis.

O processo de encaminhamento interno deverá observar os princípios da humanização, integralidade, eficiência, segurança do paciente, confidencialidade das informações, continuidade do cuidado e integração dos

serviços, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e administrativa da Unidade Básica de Saúde.

CONTROLE

O controle do processo de encaminhamento interno tem por finalidade assegurar que todos os usuários sejam direcionados corretamente aos serviços e setores competentes, garantindo a continuidade da assistência, a integração entre as equipes e a eficiência dos fluxos administrativos e assistenciais da Unidade Básica de Saúde. O monitoramento deverá ser realizado de forma contínua, por meio da análise de indicadores de desempenho e da verificação periódica da conformidade dos procedimentos adotados, permitindo a identificação de falhas, retrabalho, atrasos e oportunidades de melhoria.

A Coordenação da Unidade deverá acompanhar sistematicamente os encaminhamentos realizados, avaliando o cumprimento dos fluxos estabelecidos, a qualidade dos registros efetuados nos sistemas oficiais de informação, o tempo de resposta entre os setores envolvidos e a resolução das demandas encaminhadas. Sempre que identificadas não conformidades, deverão ser adotadas medidas corretivas e preventivas, com registro das ocorrências e acompanhamento da efetividade das ações implementadas.

Os resultados obtidos deverão subsidiar a elaboração de relatórios gerenciais, o monitoramento dos indicadores institucionais e a implementação de ações de melhoria contínua, contribuindo para a qualificação dos processos de trabalho, o fortalecimento da integração entre os serviços e a promoção de um atendimento seguro, organizado e eficiente aos usuários do Sistema Único de Saúde.

GESTÃO DOCUMENTAL

A Instituição implantará e manterá um Sistema de Gestão Documental integrado, padronizado e continuamente monitorado, destinado a disciplinar todas as etapas do ciclo de vida dos documentos institucionais, desde sua elaboração, recebimento, classificação, protocolo, tramitação, utilização, atualização, armazenamento, preservação e guarda até sua destinação final,

lrm

garantindo a adequada gestão das informações produzidas no âmbito do Contrato de Gestão.

O Sistema de Gestão Documental terá como objetivos assegurar a autenticidade, integridade, confiabilidade, rastreabilidade, disponibilidade, confidencialidade e preservação dos documentos institucionais, promovendo a padronização dos processos administrativos, a segurança das informações, a transparência da gestão e o atendimento às exigências legais, regulatórias e contratuais.

Todos os documentos administrativos serão elaborados e gerenciados de acordo com critérios padronizados de identificação, codificação, classificação, indexação, controle de versões, temporalidade, guarda, arquivamento e acesso, permitindo sua rápida localização, recuperação, consulta e rastreabilidade durante todo o período de sua vigência e conservação.

A gestão documental observará rigorosamente a legislação vigente, as normas arquivísticas aplicáveis, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709/2018 (LGPD), a Lei de Acesso à Informação – Lei nº 12.527/2011, quando aplicável, bem como as políticas institucionais de segurança da informação, governança documental e proteção de dados adotadas pela Instituição.

A Instituição priorizará, sempre que possível, a utilização de sistemas eletrônicos de gestão documental, assegurando mecanismos de controle de acesso, registro de movimentações, rastreabilidade das alterações, preservação da integridade dos documentos, realização de cópias de segurança (backup), recuperação das informações e monitoramento contínuo da conformidade documental.

Os procedimentos de gestão documental serão complementados pelos fluxos operacionais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), instruções de trabalho e demais instrumentos de gestão descritos ao longo do Plano de Trabalho, podendo ser revisados e aperfeiçoados durante a vigência do Contrato de Gestão, em conformidade com alterações legais, avanços tecnológicos, recomendações dos órgãos de controle e necessidades operacionais das Unidades de Saúde.

Protocolo e Tramitação de Documentos

A Instituição implantará processo padronizado de protocolo, tramitação e controle documental, destinado a assegurar o recebimento, registro, classificação, distribuição, acompanhamento e arquivamento de todos os documentos administrativos produzidos ou recebidos no âmbito da execução do Contrato de Gestão, garantindo segurança, organização, rastreabilidade e celeridade na circulação das informações institucionais.

O sistema de protocolo será estruturado para permitir o controle integral da movimentação documental, assegurando a identificação do documento desde sua origem até sua destinação final, com registro das unidades responsáveis, das movimentações realizadas, dos responsáveis pelo tratamento da demanda e dos prazos estabelecidos para análise, manifestação e conclusão.

Todo documento recebido ou produzido pela Instituição será submetido a registro formal, contendo, sempre que aplicável, identificação do remetente, destinatário, data de recebimento ou emissão, assunto, classificação documental, grau de acesso, número de protocolo e demais informações necessárias à sua adequada gestão e rastreabilidade.

Após o protocolo, os documentos serão encaminhados às unidades ou setores competentes, observando fluxos previamente estabelecidos, níveis de responsabilidade e critérios de prioridade, de forma a assegurar tempestividade, eficiência administrativa e adequado acompanhamento das demandas.

A tramitação documental será monitorada continuamente, permitindo a identificação da localização do documento, da etapa de processamento em que se encontra, dos responsáveis por sua análise e dos prazos previstos para atendimento, favorecendo maior controle gerencial, transparência e redução de atrasos ou extravios.

Sempre que possível, a Instituição adotará sistemas eletrônicos de protocolo e gestão documental, integrados aos demais sistemas corporativos, possibilitando registro eletrônico, tramitação digital, controle automatizado de prazos, histórico de movimentações, emissão de relatórios gerenciais, controle de pendências, rastreabilidade das ações e maior eficiência na gestão dos processos administrativos.

Os documentos físicos e eletrônicos observarão critérios padronizados de classificação, organização, identificação e arquivamento, assegurando sua integridade, autenticidade, disponibilidade e recuperação sempre que necessária, em conformidade com a legislação arquivística, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD), as políticas institucionais de segurança da informação e as normas internas de gestão documental.

Os procedimentos de protocolo e tramitação serão complementados por fluxos operacionais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), instruções de trabalho e demais instrumentos de gestão descritos ao longo do Plano de Trabalho, podendo ser revisados e aperfeiçoados durante a vigência do Contrato de Gestão, em razão de alterações legais, avanços tecnológicos, recomendações dos órgãos de controle ou necessidades operacionais das Unidades de Saúde.

Arquivo e Guarda Documental

A Instituição manterá sistema de arquivamento físico e eletrônico que assegure a adequada organização, conservação, localização, recuperação e preservação dos documentos institucionais.

Os documentos serão armazenados em condições que garantam sua integridade física e digital, observando critérios de confidencialidade, segurança da informação, temporalidade documental e acesso restrito às pessoas autorizadas.

O descarte documental ocorrerá somente após o cumprimento dos prazos legais de guarda e conforme normas arquivísticas aplicáveis.

Controle Patrimonial

A Instituição implantará sistema permanente de controle patrimonial destinado ao registro, identificação, inventário, conservação, movimentação, manutenção e baixa dos bens móveis, equipamentos, mobiliários e demais ativos disponibilizados para execução do Contrato de Gestão.

Serão realizados inventários periódicos, inspeções patrimoniais e controles de movimentação, assegurando a correta utilização dos bens públicos, sua preservação e adequada prestação de contas.

GESTÃO DE CONTRATOS

A Instituição estabelecerá procedimentos para gestão, acompanhamento e fiscalização dos contratos administrativos, contratos de prestação de serviços, locações, fornecimentos e demais instrumentos necessários à execução do objeto contratual.

A gestão contratual compreenderá o acompanhamento da execução, dos prazos, das obrigações assumidas, da regularidade fiscal e trabalhista dos contratados, da qualidade dos serviços prestados e do cumprimento das condições pactuadas, promovendo as medidas administrativas necessárias para assegurar a continuidade e a eficiência dos serviços.

Gestão de Compras e Suprimentos

A Instituição implantará processo de compras pautado pelos princípios da legalidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, transparência, isonomia, competitividade e seleção da proposta mais vantajosa.

As aquisições observarão planejamento prévio, programação de consumo, critérios técnicos de especificação, pesquisa de mercado, controle orçamentário e mecanismos de rastreabilidade, garantindo o abastecimento contínuo das Unidades e evitando desperdícios, desabastecimentos ou aquisições desnecessárias.

Recebimento e Conferência de Materiais

Todo material, equipamento, medicamento ou insumo recebido será submetido a processo formal de conferência quantitativa e qualitativa, verificando sua conformidade com as especificações da aquisição, notas fiscais, contratos e pedidos de compra.

Serão avaliados, quando aplicável:

- quantidade;
- integridade física;
- especificações técnicas;
- lote e validade;
- condições de transporte;

lrm

- documentação fiscal;
- conformidade com o pedido realizado.

Eventuais divergências serão registradas e comunicadas imediatamente ao setor responsável para adoção das providências cabíveis.

Controle de Almojarifado

A Instituição implantará sistema de controle de estoque destinado a assegurar o adequado armazenamento, distribuição, movimentação e reposição de materiais, medicamentos, insumos e materiais de consumo.

O gerenciamento do almoxarifado contemplará:

- controle de entradas e saídas;
- inventários periódicos;
- rastreabilidade dos materiais;
- controle de validade;
- níveis mínimos e máximos de estoque;
- prevenção de perdas;
- monitoramento de consumo;
- reposição programada;
- armazenamento em condições adequadas.

O controle será realizado por meio de sistema informatizado, sempre que disponível, permitindo maior precisão das informações e apoio à tomada de decisão.

Prestação de Contas

A Instituição adotará procedimentos administrativos destinados à correta prestação de contas da execução contratual, assegurando a transparência na aplicação dos recursos públicos, a regularidade dos registros financeiros e o atendimento às exigências do Contrato de Gestão, da Secretaria Municipal de Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle.

Serão mantidos registros completos, documentos comprobatórios, relatórios gerenciais, demonstrativos financeiros e demais informações necessárias para auditorias, fiscalizações e avaliações da execução contratual.

Comunicação Institucional

A Instituição manterá sistema de comunicação institucional integrado, garantindo a circulação adequada das informações administrativas entre os diversos setores, gestores, colaboradores e demais envolvidos na execução do Contrato de Gestão.

As comunicações oficiais observarão os princípios da formalidade, clareza, objetividade, tempestividade, segurança da informação e rastreabilidade, utilizando preferencialmente os canais institucionais definidos pela organização.

Controle de Acesso

A Instituição implantará mecanismos de controle de acesso às dependências das Unidades, aos sistemas informatizados, aos documentos institucionais e às informações administrativas, observando critérios de segurança patrimonial, segurança da informação e proteção de dados pessoais.

Os níveis de acesso serão definidos conforme a necessidade funcional de cada colaborador, preservando a confidencialidade das informações e reduzindo riscos relacionados ao acesso não autorizado.

Gestão de Correspondências

A Instituição organizará processo específico para recebimento, registro, distribuição, acompanhamento, expedição e arquivamento das correspondências físicas e eletrônicas, garantindo sua adequada tramitação e controle.

As correspondências oficiais serão registradas em sistema ou livro próprio, permitindo rastreabilidade, controle dos prazos de resposta e identificação dos responsáveis pelo seu tratamento.

Atendimento às Demandas Administrativas

A Instituição estabelecerá fluxo padronizado para recepção, registro, classificação, encaminhamento, acompanhamento e resposta das demandas administrativas internas e externas.

As solicitações serão tratadas conforme critérios de prioridade, complexidade e prazo de atendimento, assegurando transparência, eficiência, controle dos processos e adequada comunicação entre os setores envolvidos.

Proteção de Dados e Segurança da Informação

A Instituição implantará Política de Proteção de Dados Pessoais e Segurança da Informação em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD) e demais normas aplicáveis.

Serão adotadas medidas administrativas, técnicas e organizacionais destinadas a proteger as informações institucionais contra perda, alteração, destruição, vazamento, acesso não autorizado ou qualquer tratamento inadequado.

A gestão da informação compreenderá, entre outras medidas:

- controle de acesso aos sistemas informatizados;
- utilização de perfis de acesso por nível de responsabilidade;
- autenticação de usuários;
- políticas de senhas;
- realização de backups periódicos;
- monitoramento dos sistemas;
- preservação da confidencialidade das informações;
- treinamento contínuo das equipes quanto à proteção de dados;
- tratamento de incidentes de segurança da informação;
- monitoramento da conformidade com a LGPD e demais normas institucionais.

Disposições Gerais

Os processos administrativos descritos neste Manual serão complementados pelos fluxos operacionais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), regulamentos internos, instruções de trabalho e demais instrumentos de gestão apresentados ao longo do Plano de Trabalho.

Durante a vigência do Contrato de Gestão, a Instituição promoverá a revisão, atualização e aperfeiçoamento contínuo desses processos, considerando alterações legais, recomendações da Secretaria Municipal de Saúde, determinações dos órgãos de controle, evolução tecnológica, necessidades operacionais das Unidades e oportunidades de melhoria identificadas na execução dos serviços, assegurando elevados padrões de governança, eficiência administrativa, transparência e conformidade institucional.

NORMAS GERAIS DE CONDUTA E ROTINAS INSTITUCIONAIS

SERVIÇO DE APOIO

SERVIÇOS DE APOIO

Objetivo

Estabelecer diretrizes gerais de conduta profissional e rotinas institucionais aplicáveis aos colaboradores dos serviços de apoio, visando assegurar a organização dos processos de trabalho, a qualidade dos serviços prestados, a segurança institucional, a ética profissional, o respeito aos usuários e o cumprimento das normas internas da Unidade Básica de Saúde e da Estratégia Saúde da Família.

Normas Gerais de Conduta

Os profissionais dos serviços de apoio deverão exercer suas atividades em estrita observância à Constituição Federal, à legislação vigente, às normas regulamentadoras aplicáveis, às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), às disposições do Contrato de Gestão, ao Código de Ética profissional, aos regulamentos internos da instituição, aos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), às políticas institucionais e às demais normas técnicas e administrativas que disciplinem o funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O exercício das atribuições deverá pautar-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, ética, transparência, boa-fé, respeito à dignidade da pessoa humana, responsabilidade, comprometimento institucional, cooperação, urbanidade, humanização e foco na qualidade dos serviços prestados.

Constituem deveres dos profissionais dos serviços de apoio:

- cumprir integralmente a legislação vigente, os regulamentos internos, as normas institucionais, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), protocolos, instruções de trabalho e demais diretrizes estabelecidas pela instituição;
- desempenhar suas atividades com diligência, zelo, responsabilidade, imparcialidade, eficiência, disciplina, ética profissional e respeito aos usuários, colegas, gestores, fornecedores, prestadores de serviços e demais pessoas que mantenham relacionamento com a instituição;
- preservar o sigilo das informações institucionais, administrativas, operacionais, estratégicas e dos dados pessoais e sensíveis dos usuários, observando integralmente a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), bem como as políticas institucionais de segurança da informação e confidencialidade;
- manter comunicação respeitosa, cordial, clara e profissional, promovendo ambiente de trabalho colaborativo, livre de discriminação, assédio, violência ou qualquer forma de tratamento incompatível com os princípios da Administração Pública e da humanização dos serviços;
- adotar postura compatível com a função exercida, mantendo comportamento ético, apresentação pessoal adequada, utilização correta dos uniformes, crachás de identificação e demais itens exigidos pela instituição;
- utilizar corretamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs), observando rigorosamente

as normas de biossegurança, segurança do trabalho, prevenção de riscos ocupacionais e controle de infecções, sempre que aplicáveis;

- zelar pela guarda, conservação, utilização adequada e integridade dos bens patrimoniais, equipamentos, mobiliários, materiais, documentos, sistemas de informação e demais recursos disponibilizados para o exercício das atividades, comunicando imediatamente qualquer dano, defeito, extravio ou necessidade de manutenção;
- comunicar prontamente ao superior hierárquico ou ao setor competente toda irregularidade, incidente, acidente, quase acidente, falha operacional, não conformidade, situação de risco ou qualquer ocorrência que possa comprometer a segurança das pessoas, a continuidade dos serviços, a qualidade da assistência ou o patrimônio institucional;
- cumprir rigorosamente os horários estabelecidos para a jornada de trabalho, escalas, intervalos, plantões, treinamentos e demais atividades institucionais, observando os registros de frequência e as normas de assiduidade e pontualidade;
- colaborar com as ações de educação permanente, capacitações, treinamentos, reuniões técnicas, auditorias, programas de melhoria contínua, gestão da qualidade, gerenciamento de riscos e demais iniciativas voltadas ao aprimoramento institucional;
- atuar de forma integrada com as demais equipes, respeitando os fluxos operacionais, a hierarquia administrativa e os princípios da cooperação intersetorial, contribuindo para a continuidade, eficiência e qualidade dos serviços prestados;
- observar os princípios da sustentabilidade, do uso racional dos recursos públicos e da economicidade, evitando desperdícios de materiais, insumos, energia, água e demais recursos institucionais;
- manter conduta compatível com os princípios da integridade, do compliance institucional e da prevenção de conflitos de interesses,

abstendo-se de praticar atos que possam comprometer a imparcialidade, a credibilidade, a transparência ou a reputação da instituição.

O descumprimento das normas de conduta previstas neste Manual sujeitará o infrator à adoção das medidas administrativas, disciplinares, contratuais, civis e penais cabíveis, conforme a natureza da infração, observados o devido processo, a legislação aplicável, o regulamento interno da instituição e as disposições do Contrato de Gestão.

Descrição/Rotinas

Os fornecedores, empresas terceirizadas e prestadores de serviços integram a cadeia de suporte operacional da instituição e exercem papel relevante para a continuidade, qualidade e segurança dos serviços prestados à população. O desempenho de suas atividades deverá observar rigorosamente as disposições contratuais, a legislação vigente, as normas internas da instituição, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios constitucionais da Administração Pública previstos no art. 37 da Constituição Federal, bem como as normas de integridade, governança, biossegurança, saúde e segurança do trabalho.

O relacionamento institucional com fornecedores deverá pautar-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, economicidade, isonomia, integridade, sustentabilidade, rastreabilidade e responsabilidade socioambiental, sendo vedada qualquer prática que configure favorecimento, conflito de interesses, recebimento ou oferecimento de vantagens indevidas, fraude, corrupção ou qualquer conduta incompatível com os princípios éticos e as normas de compliance adotadas pela instituição.

O acesso às dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) ou demais unidades administradas deverão ocorrer exclusivamente para a execução de serviços contratados, entrega de materiais, realização de inspeções técnicas, manutenções, instalações ou demais atividades previamente autorizadas, mediante identificação formal, registro de entrada, autorização do setor competente e observância dos horários

e procedimentos estabelecidos pela instituição. Durante sua permanência nas dependências da unidade, os fornecedores e prestadores de serviços deverão restringir sua circulação aos locais previamente autorizados, mantendo postura ética, profissional e compatível com o ambiente assistencial.

Toda entrega de materiais, medicamentos, equipamentos, insumos, mobiliários ou quaisquer bens patrimoniais deverá observar os fluxos institucionais de recebimento, conferência quantitativa e qualitativa, inspeção das condições de integridade, verificação documental, registro de entrada e armazenamento, sendo vedada a entrega direta aos setores usuários sem a prévia conferência e autorização do setor responsável. O recebimento de materiais não implica, por si só, aceitação definitiva do objeto contratado, permanecendo sujeito à verificação de conformidade técnica, contratual e legal.

Os prestadores de serviços responsáveis por manutenção preventiva, manutenção corretiva, instalação, calibração, inspeções técnicas, engenharia clínica, manutenção predial ou quaisquer outras atividades especializadas deverão executar os serviços em conformidade com as especificações técnicas, normas regulamentadoras aplicáveis, legislações sanitárias, normas de segurança do trabalho e procedimentos institucionais, utilizando adequadamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs), quando exigidos, preservando a integridade das instalações, dos equipamentos, dos usuários, dos profissionais e do patrimônio institucional.

Qualquer atividade que possa ocasionar interrupção de serviços, riscos à assistência, impactos operacionais, restrições de acesso, desligamento de sistemas, intervenções em infraestrutura ou qualquer situação que possa comprometer a continuidade dos serviços deverão ser previamente planejados, comunicados e autorizados pela Coordenação da Unidade ou pelo gestor competente, sendo executada de forma a minimizar riscos e garantir a continuidade operacional da assistência prestada.

Os serviços executados, os materiais fornecidos e os produtos entregues permanecerão sujeitos ao acompanhamento, fiscalização, inspeção e avaliação da instituição, podendo ser recusados, parcial ou integralmente, quando constatadas desconformidades com as especificações técnicas, exigências

contratuais, normas legais, requisitos de qualidade, condições de segurança ou padrões institucionais. Toda não conformidade deverá ser formalmente registrada, comunicada ao gestor do contrato ou responsável pelo setor e tratada mediante adoção das medidas corretivas, preventivas e administrativas cabíveis.

Os fornecedores, empresas terceirizadas e prestadores de serviços deverão manter absoluto dever de confidencialidade sobre todas as informações institucionais, administrativas, operacionais, estratégicas ou relacionadas aos usuários às quais tenham acesso em razão da execução contratual, observando integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), as normas de segurança da informação, as políticas institucionais de confidencialidade e as obrigações contratuais relativas à proteção de dados e ao sigilo profissional.

Todos os colaboradores, prestadores de serviços, fornecedores e demais profissionais que desenvolvam atividades nas dependências da instituição deverão observar integralmente as normas internas, os regulamentos institucionais, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), os protocolos de biossegurança, as normas de prevenção de riscos ocupacionais e as diretrizes relacionadas à qualidade, segurança do paciente, proteção do patrimônio público e continuidade dos serviços.

No início da jornada de trabalho, os profissionais deverão apresentar-se pontualmente aos respectivos postos de trabalho, devidamente uniformizados, identificados e em condições adequadas para o exercício de suas funções, realizando a conferência das condições do ambiente, dos equipamentos, materiais, ferramentas e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades. Qualquer irregularidade, deficiência operacional, indisponibilidade de recursos, dano patrimonial ou situação de risco deverá ser imediatamente comunicada ao responsável pelo setor para adoção das providências cabíveis.

Durante a execução das atividades, todos os profissionais deverão cumprir rigorosamente os fluxos operacionais estabelecidos, observando os princípios da eficiência, cooperação, continuidade dos serviços, comunicação institucional e integração entre as equipes, de modo a assegurar a adequada execução dos processos de trabalho.

Os registros operacionais, controles internos e demais documentos exigidos pelos procedimentos institucionais deverão ser realizados de forma tempestiva, completa, fidedigna e rastreável, garantindo a confiabilidade das informações, a transparência dos processos, a fiscalização contratual e a adequada prestação de contas.

Os ambientes de trabalho deverão permanecer permanentemente organizados, limpos, seguros e em condições adequadas de funcionamento, cabendo a todos os profissionais zelar pela conservação das instalações físicas, mobiliários, equipamentos, materiais permanentes, insumos e demais bens públicos sob sua responsabilidade.

Todas as atividades deverão ser desenvolvidas em estrita observância às normas de biossegurança, saúde ocupacional, segurança do trabalho, prevenção e controle de riscos, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, prevenção de acidentes e demais normas legais e institucionais aplicáveis, utilizando corretamente os EPIs e EPCs sempre que exigidos pela natureza da atividade.

Os equipamentos, ferramentas, veículos, materiais, sistemas informatizados e demais recursos institucionais deverão ser utilizados exclusivamente para o desempenho das atividades profissionais, sendo vedada sua utilização para fins particulares ou em desacordo com as normas institucionais. Qualquer defeito, dano, falha operacional ou necessidade de manutenção deverá ser imediatamente comunicada ao setor competente.

Toda ocorrência relacionada a acidentes de trabalho, incidentes, quase acidentes, eventos adversos, danos patrimoniais, falhas operacionais, não conformidades, riscos ocupacionais ou qualquer situação que possa comprometer a segurança dos usuários, dos profissionais, dos fornecedores ou da instituição deverá ser imediatamente registrada e comunicada à Coordenação da Unidade ou ao gestor responsável, para análise, investigação e adoção das medidas corretivas e preventivas pertinentes.

Os colaboradores, fornecedores e prestadores de serviços deverão participar, sempre que convocados ou contratualmente previstos, das ações institucionais de integração, treinamentos, orientações técnicas, programas de

educação permanente, campanhas de segurança, ações de prevenção de riscos, auditorias internas, avaliações de conformidade e demais iniciativas voltadas ao fortalecimento da cultura da qualidade, da segurança, da integridade institucional e da melhoria contínua dos processos de trabalho.

O descumprimento das normas previstas neste Manual, das obrigações contratuais ou da legislação aplicável sujeitará o infrator às medidas administrativas, contratuais, trabalhistas, civis e, quando cabíveis, penais, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas nos contratos, regulamentos internos e demais instrumentos normativos da instituição. Tal descumprimento poderá ensejar, conforme a gravidade da ocorrência, advertência, suspensão de acesso às dependências da unidade, rescisão contratual, responsabilização por perdas e danos, comunicação aos órgãos competentes e adoção das demais providências legais cabíveis.

Vedações

É vedado aos colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e demais terceiros que atuem nas dependências da unidade:

- divulgar, compartilhar, reproduzir ou utilizar, sem prévia autorização, informações institucionais, operacionais, administrativas, estratégicas ou relacionadas aos usuários, profissionais e parceiros da instituição, ressalvadas as hipóteses legalmente previstas;
- utilizar equipamentos, sistemas, ferramentas, materiais, insumos, veículos, mobiliários ou quaisquer recursos institucionais para fins particulares ou estranhos às atividades autorizadas;
- abandonar o posto de trabalho, interromper injustificadamente as atividades ou ausentar-se do local de prestação dos serviços sem autorização do responsável competente;
- praticar atos de discriminação, assédio moral ou sexual, intimidação, ameaça, violência, constrangimento, humilhação, desrespeito ou qualquer conduta incompatível com a dignidade da pessoa humana e com o ambiente institucional;

lcm

- descumprir normas de segurança, biossegurança, saúde ocupacional, prevenção de riscos ou utilizar de forma inadequada, incompleta ou negligente os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs);
- fumar, utilizar cigarros eletrônicos, consumir bebidas alcoólicas, portar ou fazer uso de substâncias ilícitas nas dependências da unidade, bem como apresentar-se para o trabalho sob efeito de álcool ou de substâncias que comprometam a capacidade funcional e a segurança das atividades;
- utilizar aparelhos eletrônicos particulares durante a jornada de trabalho de forma incompatível com as normas institucionais, com as atribuições desempenhadas ou com a segurança, a produtividade e a qualidade dos serviços;
- realizar atividades incompatíveis com as atribuições funcionais, com o objeto contratado ou com as autorizações concedidas pela instituição;
- executar serviços, manutenções, instalações, entregas ou intervenções sem autorização prévia, acompanhamento do setor responsável ou observância dos fluxos institucionais aplicáveis;
- circular ou permanecer em áreas restritas, técnicas, assistenciais ou administrativas sem autorização expressa;
- receber, oferecer, solicitar ou aceitar vantagem indevida, comissão, presente, favorecimento, benefício particular ou qualquer outra vantagem capaz de comprometer a imparcialidade, a integridade ou a lisura das relações institucionais;
- adotar conduta que caracterize conflito de interesses, favorecimento pessoal, direcionamento indevido ou utilização da função para obtenção de benefício próprio ou de terceiros;
- retirar das dependências da unidade documentos, equipamentos, materiais, insumos, bens patrimoniais ou informações sem autorização formal;

- danificar, inutilizar, adulterar, ocultar, extraviar ou utilizar de forma inadequada bens, documentos, registros, equipamentos ou sistemas institucionais;
- deixar de comunicar acidentes, incidentes, quase acidentes, falhas operacionais, danos patrimoniais, não conformidades ou situações de risco de que tenha conhecimento;
- obstruir fiscalizações, inspeções, auditorias, conferências, apurações internas ou demais atividades de controle institucional;
- inserir, alterar, excluir ou omitir informações em registros, formulários, sistemas ou documentos institucionais de forma indevida, incompleta ou incompatível com a realidade;
- realizar registros fotográficos, gravações de áudio ou vídeo nas dependências da unidade sem autorização institucional e sem observância das normas de privacidade e proteção de dados;
- utilizar indevidamente o nome, a marca, os símbolos, os documentos ou a imagem institucional;
- manter conduta que comprometa a segurança dos usuários, dos profissionais, dos fornecedores, dos prestadores de serviços, do patrimônio público ou a continuidade dos serviços.
- O descumprimento das vedações previstas neste Manual poderá resultar na adoção de medidas educativas, corretivas, disciplinares, contratuais, civis, administrativas ou penais, conforme a natureza e a gravidade da ocorrência, sem prejuízo da responsabilização individual do agente e da aplicação das demais disposições legais e institucionais cabíveis.

Disposições Finais

As normas, diretrizes e rotinas previstas neste Manual possuem caráter orientador e representam a padronização institucional inicialmente proposta para a execução dos serviços de apoio, sendo complementadas pelos fluxos de trabalho, procedimentos operacionais, atribuições, mecanismos de controle e

demais rotinas específicas dispostos ao longo do Plano de Trabalho, os quais deverão ser observados de forma integrada.

Durante a vigência do Contrato de Gestão, essas disposições poderão ser revisadas, complementadas, atualizadas ou aperfeiçoadas, conforme as especificidades operacionais, estruturais e territoriais de cada Unidade de Saúde, bem como em decorrência de alterações legislativas ou regulamentares, orientações da Secretaria Municipal de Saúde, determinações dos órgãos de controle, necessidades identificadas no acompanhamento da execução contratual ou evolução das boas práticas de gestão.

As alterações deverão preservar a conformidade com o edital, seus anexos, o Contrato de Gestão e a legislação aplicável, sendo formalmente aprovadas, documentadas, versionadas e divulgadas às equipes envolvidas, de modo a assegurar a padronização dos processos, a rastreabilidade das revisões, a continuidade dos serviços, a segurança institucional e a melhoria contínua da qualidade.

8.2 B. Proposta de Fluxos Assistenciais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará um modelo assistencial integrado para as Unidades Básicas de Saúde do Lote I, fundamentado nos princípios da Atenção Primária à Saúde, da Estratégia Saúde da Família e da Rede de Atenção à Saúde, garantindo acesso universal, cuidado integral, coordenação da assistência, continuidade do acompanhamento e atendimento humanizado à população adscrita.

Os fluxos assistenciais serão estruturados de forma padronizada, contemplando os processos clínicos, administrativos, operacionais e de apoio necessários ao adequado funcionamento das unidades, assegurando organização dos serviços, segurança do paciente, qualidade assistencial e

cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo Ministério da Saúde e pelo Contrato de Gestão.

A organização dos fluxos permitirá a integração entre as Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP), Equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e os demais pontos da Rede Municipal e Regional de Atenção à Saúde.

Objetivos

A proposta de implantação dos fluxos assistenciais tem como objetivos:

- organizar os processos assistenciais das Unidades Básicas de Saúde;
- ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção Primária;
- qualificar o acolhimento e a coordenação do cuidado;
- fortalecer a integração entre os diferentes profissionais e serviços da Rede;
- padronizar protocolos clínicos e processos operacionais;
- assegurar a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência;
- promover a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Organização dos Fluxos Assistenciais

Os processos assistenciais serão organizados por linhas de cuidado e fluxos operacionais padronizados, contemplando todas as etapas da assistência ao usuário, desde o acolhimento e acesso à Unidade Básica de Saúde, avaliação clínica, definição da conduta, realização dos procedimentos assistenciais, acompanhamento longitudinal, monitoramento dos casos e, quando necessário, referência e contrarreferência para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Os fluxos serão estruturados de forma integrada entre as equipes multiprofissionais, garantindo a coordenação do cuidado, a continuidade da

assistência, a segurança do paciente e a utilização dos sistemas oficiais de informação e regulação. Os Protocolos Assistenciais que fundamentam a execução desses fluxos encontram-se descritos no **item 6.1.9.5 – Protocolos Assistenciais**, onde estão estabelecidas as diretrizes técnicas, clínicas e operacionais aplicáveis às linhas de cuidado desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

Os fluxos assistenciais serão formalizados por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Protocolos Assistenciais, Linhas de Cuidado e instrumentos de gestão clínica, assegurando uniformidade dos processos de trabalho, integração multiprofissional, rastreabilidade das ações assistenciais e padronização das condutas em todas as Unidades Básicas de Saúde sob gestão da Organização Social. A revisão desses fluxos ocorrerá periodicamente, considerando indicadores assistenciais, auditorias internas, atualizações ministeriais e necessidades identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Serão implantados os seguintes fluxos institucionais:

Fluxo de Gestão da Demanda Programada e Espontânea

Organizará o acesso da população aos serviços da Unidade Básica de Saúde por meio da adequada articulação entre demanda espontânea, consultas programadas, acompanhamento longitudinal e ações coletivas, garantindo equilíbrio entre acesso oportuno, continuidade do cuidado e organização da agenda das equipes.

Fluxo de Vigilância em Saúde

Integrará as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador às atividades desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária, contemplando notificação compulsória, investigação de agravos, monitoramento epidemiológico, imunização, busca ativa, bloqueios, educação em saúde e ações intersetoriais voltadas ao controle de riscos e agravos à saúde da população.

Fluxo de Acolhimento e Classificação de Risco

Organizado para garantir escuta qualificada, identificação das necessidades de saúde, avaliação de riscos e vulnerabilidades, classificação de prioridade clínica e definição da conduta mais adequada, assegurando atendimento oportuno e resolutivo.

Fluxo de Atendimento Médico e de Enfermagem

Compreenderá consultas programadas e demanda espontânea, realização de procedimentos, solicitação e avaliação de exames, prescrição terapêutica, acompanhamento das condições agudas e crônicas e elaboração do Plano Terapêutico Individual.

Fluxo das Equipes de Saúde da Família

As equipes desenvolverão ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência clínica, vigilância em saúde, acompanhamento familiar, visitas domiciliares, educação em saúde e monitoramento dos grupos prioritários, mantendo responsabilidade sanitária sobre a população adscrita.

Fluxo das Equipes de Saúde Bucal

Contemplará acolhimento, atendimento odontológico, procedimentos clínicos, urgências odontológicas, ações coletivas, prevenção, promoção da saúde bucal, encaminhamento para atenção especializada e acompanhamento dos usuários.

Fluxo das Equipes Multiprofissionais (eMulti)

As equipes multiprofissionais atuarão de forma integrada às equipes de referência, realizando apoio matricial, atendimentos compartilhados, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, discussão de casos, ações coletivas e suporte técnico às equipes da Atenção Primária.

Fluxo da Assistência Farmacêutica

Compreenderá programação, armazenamento, controle de estoque, dispensação de medicamentos, orientação farmacêutica, monitoramento da

adesão ao tratamento, farmacovigilância e integração com as equipes assistenciais.

Fluxo de Vacinação

As salas de vacina funcionarão conforme o Calendário Nacional de Vacinação, contemplando acolhimento, avaliação da situação vacinal, administração dos imunobiológicos, monitoramento de eventos adversos, registro nominal e busca ativa de faltosos.

Fluxo de Saúde da Mulher

Incluindo pré-natal de risco habitual, planejamento reprodutivo, rastreamento dos cânceres de colo do útero e mama, acompanhamento do puerpério e climatério.

Fluxo de Saúde da Criança

Compreendendo puericultura, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, triagem neonatal, vigilância nutricional e acompanhamento das condições prevalentes da infância.

Fluxo de Saúde do Homem

Organizado para ampliar o acesso da população masculina, promover ações preventivas, rastreamento de doenças crônicas e acompanhamento dos agravos mais prevalentes.

Fluxo de Saúde da Pessoa Idosa

Baseado na avaliação multidimensional, estratificação de risco, prevenção da fragilidade, manutenção da capacidade funcional e acompanhamento das condições crônicas.

Fluxo das Doenças Crônicas

Organizado para acompanhamento contínuo dos usuários com hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças

respiratórias crônicas e demais condições prioritárias, contemplando estratificação de risco, monitoramento clínico, educação em saúde e acompanhamento multiprofissional.

Fluxo das Urgências na Atenção Primária

As Unidades Básicas de Saúde estarão preparadas para o reconhecimento precoce das situações de urgência, realização das medidas iniciais de estabilização clínica, acionamento do SAMU 192 quando indicado e encaminhamento seguro à Rede de Urgência e Emergência.

Fluxo de Visitas Domiciliares

As visitas serão planejadas conforme critérios assistenciais, vulnerabilidade social, estratificação de risco e necessidades identificadas pelas equipes, assegurando continuidade do cuidado aos usuários com dificuldade de acesso à unidade.

Fluxo de Referência e Contrarreferência

Será garantida a integração entre a Atenção Primária e os demais componentes da Rede Municipal e Regional de Saúde, utilizando os sistemas oficiais de regulação, acompanhamento das solicitações, monitoramento das pendências assistenciais e incorporação das informações de contrarreferência ao plano de cuidado.

Fluxo dos Sistemas de Informação

Todas as ações assistenciais serão registradas nos sistemas oficiais adotados pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Ministério da Saúde, assegurando integridade das informações, monitoramento da produção assistencial, rastreabilidade dos atendimentos e suporte à tomada de decisão.

Integração da Rede de Atenção à Saúde

Os fluxos assistenciais serão desenvolvidos de forma articulada com os serviços especializados, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Especialidades, CAPS, serviços de apoio diagnóstico, Vigilância em Saúde,

Assistência Farmacêutica, Atenção Domiciliar e demais componentes da Rede Municipal e Regional, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado.

Monitoramento dos Fluxos

A execução dos fluxos será acompanhada continuamente pela Coordenação da Atenção Básica, gerências das unidades e responsáveis técnicos, por meio da análise de indicadores assistenciais, auditorias internas, monitoramento dos processos de trabalho, avaliação da conformidade dos registros, acompanhamento da produção assistencial, reuniões periódicas de equipe e ações de educação permanente.

Os resultados subsidiarão a elaboração de planos de melhoria contínua, revisão dos protocolos institucionais e aperfeiçoamento dos processos assistenciais, assegurando qualidade, segurança, eficiência operacional e conformidade com as diretrizes estabelecidas no Contrato de Gestão, na Política Nacional de Atenção Básica e nas normas da Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os fluxos assistenciais serão desenvolvidos de forma integrada, observando os princípios da universalidade, equidade, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, territorialização, responsabilização sanitária, humanização da assistência e segurança do paciente, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

8.3 C. Proposta de Organização dos Serviços de Farmácia

A Assistência Farmacêutica constitui componente essencial das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para o acesso oportuno aos medicamentos, a continuidade do tratamento e a qualificação da assistência prestada à população. Sua organização compreenderá atividades técnico-assistenciais, gerenciais e operacionais voltadas ao recebimento, armazenamento, conservação, controle de estoque, dispensação e registro das

movimentações de medicamentos, observando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), das normas sanitárias vigentes e das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os serviços farmacêuticos serão organizados para assegurar a adequada gestão dos medicamentos disponibilizados às Unidades Básicas de Saúde, garantindo rastreabilidade das movimentações, controle de validade, armazenamento em condições adequadas, monitoramento dos estoques e disponibilidade dos medicamentos necessários ao funcionamento das unidades. Os medicamentos sujeitos a controle especial serão armazenados, registrados e dispensados em conformidade com a legislação sanitária aplicável.

A Assistência Farmacêutica atuará de forma integrada às equipes multiprofissionais, apoiando o processo assistencial por meio da dispensação de medicamentos, orientação aos usuários quanto ao uso correto dos tratamentos prescritos, registro das atividades nos sistemas oficiais de informação e integração com os demais processos assistenciais das unidades, contribuindo para a segurança do paciente, o uso racional dos medicamentos e a continuidade do cuidado.

Para assegurar elevado padrão de qualidade, a Irmandade adotará protocolos operacionais padronizados, sistemas de controle e monitoramento, rotinas de auditoria interna e indicadores de desempenho que permitam acompanhar continuamente a eficiência dos processos, a disponibilidade dos medicamentos, a conformidade regulatória e a satisfação dos usuários, promovendo a melhoria contínua dos serviços farmacêuticos ofertados à população de Ferraz de Vasconcelos.

Organização dos Serviços Farmacêuticos

A Farmácia será organizada como unidade de apoio às ações assistenciais das Unidades Básicas de Saúde, responsável pela execução dos serviços farmacêuticos relacionados ao recebimento, armazenamento, conservação, controle de estoque, dispensação e registro das movimentações

de medicamentos, atuando de forma integrada às equipes multiprofissionais e aos processos assistenciais desenvolvidos nas unidades.

O serviço contará com profissional farmacêutico legalmente habilitado e regularmente inscrito no Conselho Regional de Farmácia, responsável técnico pelos serviços farmacêuticos, observando as competências legais da profissão, as normas sanitárias vigentes, os procedimentos operacionais padronizados e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe será composta por farmacêuticos e profissionais de apoio, conforme o dimensionamento previsto no Termo de Referência, garantindo a execução dos serviços farmacêuticos durante o horário de funcionamento das unidades, o atendimento aos usuários e o suporte às equipes assistenciais.

A organização das atividades compreenderá o recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Município, conferência quantitativa e qualitativa, armazenamento em condições adequadas, controle de estoque, monitoramento dos prazos de validade, registro das movimentações e dispensação aos usuários, observando as normas sanitárias, os protocolos institucionais e os procedimentos operacionais padronizados.

A dispensação de medicamentos será realizada mediante apresentação de prescrição válida, observando a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), os protocolos e fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando o registro das dispensações nos sistemas oficiais utilizados pelo Município e a orientação aos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, favorecendo a adesão ao tratamento e a segurança do paciente.

Os medicamentos sujeitos a controle especial serão armazenados, registrados e dispensados em conformidade com a legislação sanitária vigente, assegurando o controle das movimentações, a rastreabilidade dos registros e o cumprimento das exigências legais aplicáveis.

Os serviços farmacêuticos atuarão de forma integrada às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para a organização dos processos assistenciais, para a continuidade do cuidado, para

o uso racional de medicamentos e para a adequada comunicação entre os diferentes pontos da Rede Municipal de Saúde.

O controle dos estoques será realizado por meio dos sistemas oficiais de informação disponibilizados pelo Município, permitindo o acompanhamento das movimentações, dos saldos, dos prazos de validade e das necessidades de reposição, subsidiando a organização dos serviços farmacêuticos e a continuidade da assistência.

Como estratégia de qualificação dos serviços, serão realizados o monitoramento contínuo dos processos de trabalho, a atualização dos procedimentos operacionais padronizados, a realização de inventários periódicos e o acompanhamento dos indicadores relacionados à Assistência Farmacêutica, visando ao aperfeiçoamento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

Integração da Assistência Farmacêutica com a Atenção Primária à Saúde

A Assistência Farmacêutica será desenvolvida de forma integrada aos processos assistenciais das Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para a organização da Atenção Primária à Saúde e para a continuidade do cuidado dos usuários. Os serviços farmacêuticos atuarão em articulação com as Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes multiprofissionais (eMulti), Vigilância em Saúde e demais serviços da Rede Municipal de Saúde, observando os fluxos assistenciais e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

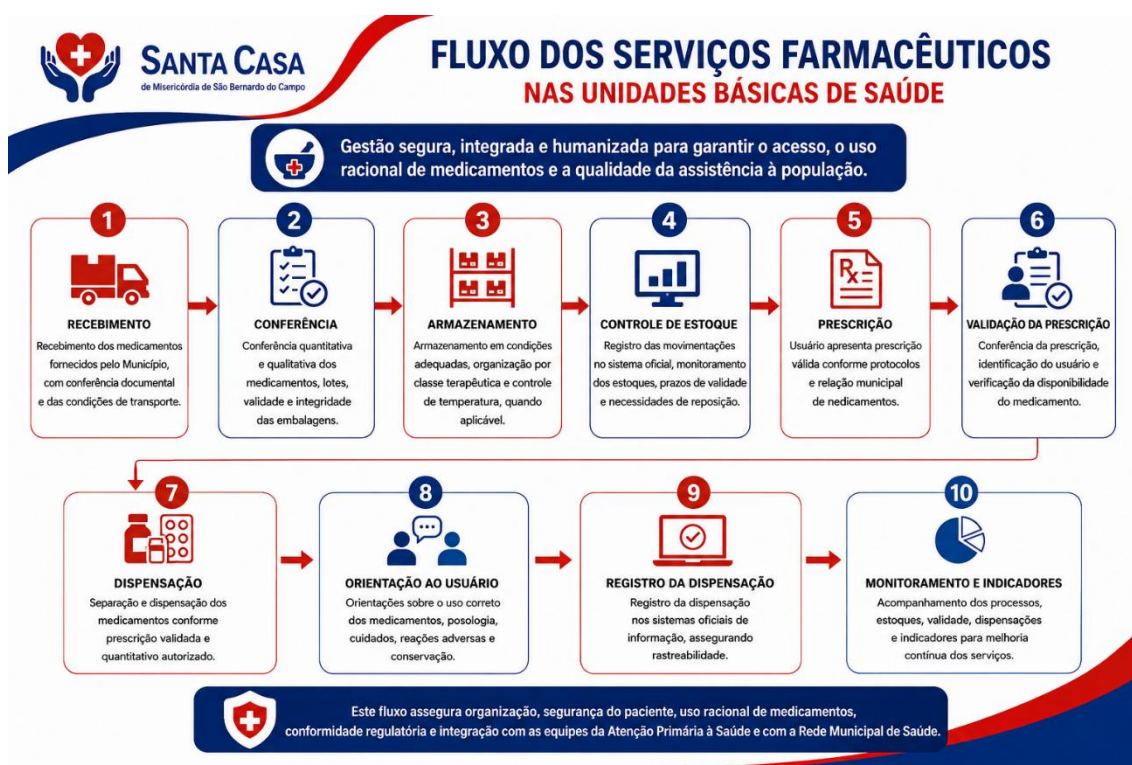
A integração entre os serviços farmacêuticos e as equipes assistenciais favorecerá a organização dos processos de trabalho, a adequada orientação aos usuários quanto ao uso dos medicamentos, o acompanhamento dos tratamentos prescritos, a continuidade da assistência e a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Os serviços farmacêuticos participarão dos fluxos assistenciais das unidades, mantendo comunicação permanente com as equipes de referência, contribuindo para a organização das ações desenvolvidas na Atenção Primária,

para o encaminhamento dos usuários quando necessário e para o fortalecimento da integralidade da assistência.

A atuação integrada também permitirá o compartilhamento de informações entre os profissionais envolvidos no cuidado, respeitando as competências de cada categoria profissional e os protocolos assistenciais vigentes, contribuindo para a segurança do paciente, para a organização dos serviços e para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

Fluxo dos Serviços Farmacêuticos nas Unidades Básicas de Saúde



O fluxo operacional da Assistência Farmacêutica foi estruturado para assegurar a padronização dos processos de trabalho, a rastreabilidade das movimentações de medicamentos, a segurança do paciente e a integração dos serviços farmacêuticos às ações assistenciais desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. Todas as etapas serão executadas em conformidade com os protocolos institucionais, as normas sanitárias vigentes e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro-Resumo da Organização dos Serviços Farmacêuticos

Am

QUADRO-RESUMO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS		
ETAPA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	OBJETIVO
 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Organização dos serviços farmacêuticos em conformidade com o SUS, PNAB, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, REMUME, RENAME e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.	 Assegurar a organização dos serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos padronizados.
 INTEGRAÇÃO COM A APS	Atuação integrada com Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB), eMulti, Vigilância em Saúde e Rede Municipal de Saúde.	 Fortalecer a coordenação do cuidado e a continuidade da assistência.
 RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO	Recebimento, conferência, armazenamento, organização dos medicamentos e monitoramento das condições de conservação.	 Garantir a integridade, qualidade e disponibilidade dos medicamentos.
 CONTROLE DE ESTOQUE	Registro das movimentações, controle de validade, inventários periódicos e acompanhamento dos estoques por meio dos sistemas oficiais.	 Assegurar rastreabilidade, controle e disponibilidade dos medicamentos.
 DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS	Conferência da prescrição, identificação do usuário, dispensação, orientação farmacêutica e registro da dispensação.	 Promover o acesso seguro aos medicamentos e o uso racional.
 MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL	Armazenamento, registro, controle e dispensação em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normas aplicáveis.	 Garantir conformidade legal, rastreabilidade e segurança dos processos.
 SEGURANÇA DO PROCESSO DE DISPENSÇÃO	Aplicação de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs), conferência das prescrições, identificação do usuário e verificação dos medicamentos antes da dispensação.	 Reduzir riscos, prevenir erros de dispensação e fortalecer a segurança do paciente.
 MONITORAMENTO E MELHORIA CONTÍNUA	Acompanhamento dos estoques, inventários, registros, indicadores assistenciais e ações de educação permanente.	 Promover a melhoria contínua dos processos e da qualidade dos serviços farmacêuticos.



A organização dos serviços farmacêuticos será desenvolvida de forma integrada aos processos assistenciais das Unidades Básicas de Saúde, assegurando acesso oportuno aos medicamentos, controle dos estoques, segurança do paciente, utilização dos sistemas oficiais de informação e melhoria contínua da qualidade da Assistência Farmacêutica, em conformidade com o Contrato de Gestão, o Termo de Referência e as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Estrutura Organizacional

Horário de Funcionamento

Os serviços farmacêuticos funcionarão de **segunda a sexta-feira, das 7h às 17h**, em conformidade com o horário de funcionamento estabelecido para as Unidades Básicas de Saúde e com as disposições previstas no Termo de Referência.

Estrutura Física

A estrutura física da Farmácia será organizada de forma a assegurar condições adequadas para a execução dos serviços farmacêuticos, observando as normas sanitárias vigentes, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e os requisitos estabelecidos no Termo de Referência.

O ambiente destinado aos serviços farmacêuticos compreenderá área para armazenamento e organização dos medicamentos, espaço para dispensação aos usuários, mobiliário, equipamentos e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades, garantindo condições apropriadas de conservação, segurança, limpeza, organização e acessibilidade.

Os medicamentos serão armazenados em condições compatíveis com as recomendações dos fabricantes e com as normas sanitárias aplicáveis, observando o controle de temperatura, umidade, iluminação, identificação dos produtos, organização por grupos e monitoramento dos prazos de validade, de forma a preservar sua qualidade e integridade.

Os medicamentos sujeitos a controle especial serão mantidos em local específico, com acesso restrito aos profissionais autorizados, em conformidade com a legislação sanitária vigente e com os procedimentos estabelecidos para o controle dessas substâncias.

A Farmácia contará com mobiliário, equipamentos e recursos necessários para o recebimento, conferência, armazenamento, controle de estoque, dispensação e registro das movimentações dos medicamentos, utilizando os sistemas oficiais de informação adotados pelo Município.

A organização da estrutura física favorecerá a adequada execução dos processos de trabalho, a segurança dos profissionais e dos usuários, a rastreabilidade das movimentações de medicamentos e a integração dos serviços farmacêuticos às atividades assistenciais desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

Estrutura de Pessoal

A estrutura de pessoal dos serviços farmacêuticos será composta em conformidade com o dimensionamento de recursos humanos previsto no Edital, no Termo de Referência e no Plano de Trabalho, garantindo a adequada execução das atividades técnico-assistenciais e operacionais relacionadas à Assistência Farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde.

A equipe contará com farmacêutico legalmente habilitado e profissionais de apoio, conforme quantitativo previsto no Termo de Referência, assegurando o adequado funcionamento dos serviços farmacêuticos durante o horário de atendimento das unidades.

As atividades compreenderão o recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Município, conferência, armazenamento, conservação, controle de estoque, monitoramento dos prazos de validade, registro das movimentações, dispensação de medicamentos mediante prescrição válida e orientação aos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, observando as normas sanitárias vigentes, os protocolos institucionais e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os medicamentos sujeitos a controle especial serão armazenados, registrados e dispensados em conformidade com a legislação sanitária aplicável, assegurando o controle das movimentações, a rastreabilidade dos registros e o cumprimento das exigências legais.

Os serviços farmacêuticos atuarão de forma integrada às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para a organização dos processos assistenciais, a continuidade do cuidado e o uso racional de medicamentos, conforme os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Atribuições e Competências

Farmacêutico

O farmacêutico será responsável pela execução das atividades técnicas relacionadas aos serviços farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde, observando as competências estabelecidas na legislação profissional, nas normas sanitárias vigentes e nas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde. Suas atividades compreenderão a organização dos serviços farmacêuticos, o recebimento e conferência dos medicamentos disponibilizados pelo Município, o armazenamento e a conservação dos produtos, o controle de estoque, o monitoramento dos prazos de validade, a dispensação de medicamentos, a orientação aos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, o registro das movimentações nos sistemas oficiais de informação e o acompanhamento dos processos relacionados à Assistência Farmacêutica.

Também atuará de forma integrada às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para a organização dos processos assistenciais, para a continuidade do cuidado e para o uso racional de medicamentos, conforme os protocolos e fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Técnico de Farmácia

O Técnico de Farmácia atuará sob supervisão do farmacêutico, apoiando a execução das atividades operacionais dos serviços farmacêuticos. Suas atividades compreenderão o recebimento e a conferência dos medicamentos, a organização e o armazenamento dos produtos conforme as normas sanitárias vigentes, o controle de validade e identificação dos lotes, o controle das movimentações de estoque, a separação dos medicamentos para dispensação, o registro das atividades nos sistemas utilizados pelo Município e o atendimento aos usuários durante o processo de dispensação, de acordo com as rotinas estabelecidas.

Também apoiará a realização dos inventários periódicos, a organização dos ambientes destinados ao armazenamento dos medicamentos, o controle dos

medicamentos sujeitos a controle especial, conforme a legislação vigente, e as demais rotinas operacionais necessárias ao funcionamento dos serviços farmacêuticos.

A atuação integrada entre farmacêutico e técnico de farmácia contribuirá para a adequada execução dos serviços farmacêuticos, para a organização dos processos de trabalho, para o controle das movimentações de medicamentos, para a continuidade da assistência e para a segurança do paciente.

A composição da equipe observará o quantitativo de profissionais previsto no Termo de Referência, bem como as competências legais de cada categoria profissional, garantindo a execução das atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde.

Os profissionais participarão das ações de educação permanente previstas para as equipes das Unidades Básicas de Saúde, contemplando atualização dos processos de trabalho, protocolos assistenciais, normas sanitárias, uso racional de medicamentos, segurança do paciente e utilização dos sistemas oficiais de informação, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Segurança no Processo de Dispensação de Medicamentos

Com o objetivo de fortalecer a segurança do paciente, promover o uso racional de medicamentos e qualificar os serviços farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde, serão adotados procedimentos operacionais padronizados para todas as etapas do processo de dispensação, observando as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, as normas sanitárias vigentes e os protocolos institucionais.

O processo de dispensação compreenderá a conferência da prescrição, a identificação do usuário, a verificação da disponibilidade do medicamento, a conferência do produto a ser dispensado, o controle de validade, o registro das movimentações nos sistemas oficiais de informação e a orientação ao usuário quanto ao uso correto dos medicamentos, contribuindo para a adesão ao tratamento e para a continuidade do cuidado.

lam

Os medicamentos serão armazenados em condições adequadas de conservação, identificados de forma padronizada e organizados de maneira a facilitar o controle dos estoques, a rastreabilidade das movimentações e a prevenção de perdas por vencimento ou armazenamento inadequado.

Os medicamentos sujeitos a controle especial serão armazenados, registrados e dispensados em conformidade com a legislação sanitária vigente, observando os controles específicos previstos para essas categorias de medicamentos.

Os serviços farmacêuticos utilizarão procedimentos de conferência e registro das movimentações de medicamentos, permitindo o acompanhamento dos estoques, dos prazos de validade e das dispensações realizadas, favorecendo a organização dos processos de trabalho e a segurança das informações.

A atuação integrada entre farmacêutico, equipe multiprofissional e usuários contribuirá para a qualificação da assistência farmacêutica, para o uso racional de medicamentos e para a segurança do paciente, fortalecendo os processos assistenciais desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde.

O monitoramento contínuo dos processos de dispensação, dos estoques e dos registros permitirá identificar oportunidades de melhoria, aperfeiçoar os processos de trabalho e contribuir para a qualidade dos serviços farmacêuticos, em conformidade com o Contrato de Gestão e o Termo de Referência.

Controle de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

A gestão dos medicamentos sujeitos a controle especial será realizada em conformidade com a legislação sanitária vigente, especialmente a Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações, observando as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e os procedimentos operacionais padronizados adotados para os serviços farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde.

A responsabilidade técnica pelos serviços farmacêuticos será exercida por farmacêutico legalmente habilitado, observando as competências estabelecidas na legislação profissional e garantindo a adequada organização dos processos relacionados ao recebimento, armazenamento, controle de estoque,

dispensação e registro das movimentações dos medicamentos sujeitos a controle especial.

O recebimento dos medicamentos compreenderá a conferência quantitativa e qualitativa, verificação das condições das embalagens, identificação dos lotes, prazos de validade e documentação correspondente, assegurando a conformidade dos produtos recebidos antes de sua incorporação aos estoques da unidade.

O armazenamento será realizado em local apropriado, com acesso restrito aos profissionais autorizados, observando as condições de conservação, organização, identificação e segurança previstas na legislação sanitária vigente.

A dispensação será realizada mediante apresentação de prescrição válida, observando os critérios estabelecidos pela legislação aplicável, pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), pelos protocolos assistenciais e pelas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo o registro das movimentações nos sistemas oficiais utilizados pelo Município. Serão realizados controles periódicos dos estoques, conferência das movimentações, verificação dos prazos de validade e inventários físicos, assegurando a rastreabilidade dos medicamentos e a conformidade dos registros.

A utilização dos sistemas oficiais de informação permitirá o acompanhamento das movimentações, dos saldos e das dispensações realizadas, contribuindo para a organização dos serviços farmacêuticos e para o controle dos medicamentos sujeitos à legislação específica.

Dispensação de Medicamentos aos Usuários

A dispensação de medicamentos será organizada de forma integrada às ações assistenciais das Unidades Básicas de Saúde, assegurando atendimento qualificado aos usuários, acesso aos medicamentos padronizados pelo Município e orientação quanto ao uso correto dos tratamentos prescritos.

O atendimento será realizado por profissionais habilitados, observando os protocolos assistenciais, os procedimentos operacionais padronizados, as

normas sanitárias vigentes e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Antes da dispensação, será realizada a conferência da prescrição, da identificação do usuário, da disponibilidade do medicamento e dos critérios estabelecidos para o fornecimento, assegurando conformidade com os protocolos adotados pelo Município.

Durante a dispensação, os usuários receberão orientações quanto à forma correta de utilização dos medicamentos, posologia, horários de administração, conservação, duração do tratamento e demais cuidados necessários para o uso seguro e adequado da terapêutica prescrita, contribuindo para a adesão ao tratamento e para a segurança do paciente.

Os medicamentos serão entregues devidamente identificados e em condições adequadas de conservação, observando as recomendações do fabricante e as normas sanitárias vigentes.

As dispensações serão registradas nos sistemas oficiais de informação utilizados pelo Município, permitindo o controle das movimentações, a rastreabilidade dos medicamentos e o acompanhamento dos estoques.

Os serviços farmacêuticos atuarão de forma integrada às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para a organização dos processos assistenciais, para a continuidade do cuidado e para o uso racional de medicamentos.

O monitoramento dos processos de dispensação, dos estoques e dos registros permitirá o acompanhamento da execução dos serviços farmacêuticos, subsidiando a organização dos processos de trabalho e a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

A metodologia adotada permitirá a organização dos serviços farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde, assegurando acesso oportuno aos medicamentos padronizados, integração com os processos assistenciais, utilização dos sistemas oficiais de informação, controle dos estoques, segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade da assistência, em conformidade com o Contrato de Gestão, o Termo de Referência e as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

8.4 D. Proposta de Fluxo de Referência e Contrarreferência com os Demais Serviços de Saúde da Rede Municipal e Regional

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o fluxo de referência e contrarreferência das Unidades Básicas de Saúde do Lote I de forma integrada à Rede Municipal e Regional de Atenção à Saúde, garantindo que a Atenção Primária à Saúde exerça seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, assegurando acesso oportuno aos diferentes níveis assistenciais, continuidade do acompanhamento e integralidade da assistência.

O processo de referência será fundamentado na avaliação clínica realizada pelas equipes multiprofissionais, observando protocolos assistenciais, critérios de elegibilidade, classificação de risco e diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Sempre que identificada a necessidade de atendimento em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, o usuário será encaminhado por meio dos fluxos oficiais de regulação, preservando a continuidade do cuidado e o vínculo com sua equipe de referência.

Os encaminhamentos poderão ocorrer para consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, Centros de Especialidades, Atenção Domiciliar, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de reabilitação, maternidades, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, serviços de Vigilância em Saúde e demais pontos da Rede Municipal e Regional, conforme necessidade clínica e fluxos regulatórios vigentes.

A solicitação dos encaminhamentos será realizada utilizando os sistemas oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, observando os protocolos de regulação, critérios clínicos, classificação de prioridade, preenchimento adequado das informações assistenciais e documentação necessária para subsidiar a avaliação do serviço regulador.

Durante todo o percurso assistencial, a equipe da Atenção Primária permanecerá responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário, realizando busca ativa quando necessário, monitorando o andamento das solicitações, acompanhando listas de espera, verificando a realização das consultas, exames e procedimentos regulados e promovendo intervenções sempre que identificadas pendências assistenciais ou situações de risco.

Após o atendimento nos serviços especializados, a equipe receberá a contrarreferência contendo informações clínicas, diagnóstico, condutas adotadas, exames realizados, terapêutica instituída e recomendações para seguimento na Atenção Primária. Essas informações serão incorporadas ao prontuário eletrônico do usuário, possibilitando atualização do Plano Terapêutico Singular, continuidade do tratamento e compartilhamento das condutas entre os profissionais envolvidos na assistência.

A integração entre os diferentes pontos da Rede será fortalecida por meio da comunicação permanente entre as equipes assistenciais, utilização dos sistemas oficiais de informação, reuniões técnicas, matriciamento, discussão de casos complexos, apoio das equipes multiprofissionais (eMulti) e articulação com os serviços especializados, favorecendo a coordenação do cuidado e a resolutividade da Atenção Primária.

Os Agentes Comunitários de Saúde participarão do acompanhamento dos usuários encaminhados, realizando busca ativa de pacientes faltosos, apoio às orientações fornecidas pela equipe, acompanhamento domiciliar quando indicado e identificação precoce de situações de vulnerabilidade que possam comprometer a continuidade do tratamento.

O monitoramento do fluxo de referência e contrarreferência será realizado continuamente pela Coordenação da Atenção Básica, gerentes das unidades e responsáveis técnicos, utilizando indicadores assistenciais que permitam avaliar o acesso aos serviços especializados, tempo de espera, percentual de encaminhamentos concluídos, retorno das contrarreferências, resolutividade da Atenção Primária, absenteísmo, continuidade do acompanhamento e satisfação dos usuários.

lrm

Sempre que identificadas oportunidades de melhoria, serão implementados planos de ação destinados ao aperfeiçoamento dos fluxos assistenciais, redução do tempo de espera, qualificação dos encaminhamentos, fortalecimento da comunicação entre os serviços e ampliação da resolutividade da Atenção Primária, assegurando assistência integrada, humanizada, eficiente e alinhada às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, do Sistema Único de Saúde e do Contrato de Gestão.

8.5 E. Proposta de Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário com Aplicação de Pesquisa de Satisfação

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU será implantando nas Unidades para desenvolver atividade de pesquisas de satisfação do atendimento prestado nesta unidade, terá como finalidade receber os usuários de forma mais próxima e cordial, promovendo melhor comunicação interna entre usuários e equipes, buscaremos a melhoria da qualidade do atendimento.

Horário de Funcionamento

A entrevista com os usuários e/ou acompanhantes será realizada diariamente, durante todos os dias da semana, observando o horário de funcionamento de cada unidade de saúde ou serviço, incluindo os serviços de funcionamento ininterrupto, quando aplicável.

Canais de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) disponibilizará múltiplos canais de comunicação, garantindo aos usuários, familiares e acompanhantes acesso facilitado para registro de reclamações, sugestões, elogios, solicitações de informação e demais manifestações relacionadas aos serviços prestados. Os canais serão organizados de forma a assegurar acolhimento, confidencialidade, rastreabilidade das demandas e tratamento adequado das informações, em

conformidade com os princípios da humanização, transparência e melhoria contínua da qualidade.

Os canais de atendimento poderão contemplar:

CANAIS DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

CANAL	FINALIDADE
 ATENDIMENTO PRESENCIAL	Recebimento de manifestações, orientações e esclarecimentos diretamente nas unidades de saúde ou serviço.
 PESQUISA DE SATISFAÇÃO	Coleta sistemática da percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado.
 FORMULÁRIOS IMPRESSOS	Registro espontâneo de reclamações, sugestões, elogios e demais manifestações.
 CAIXA DE SUGESTÕES	Recebimento contínuo de manifestações espontâneas dos usuários.
 TELEFONE INSTITUCIONAL	Atendimento remoto para recebimento de manifestações e prestação de informações, quando aplicável.
 CORREIO ELETRÔNICO INSTITUCIONAL	Recebimento eletrônico de manifestações e acompanhamento das demandas, quando disponibilizado.
 FORMULÁRIO ELETRÔNICO OU OUTRO CANAL DIGITAL	Registro eletrônico das manifestações, conforme disponibilidade tecnológica da contratante e da contratada.

Todos os registros recebidos por qualquer um dos canais disponibilizados serão inseridos em controle próprio do Serviço de Atendimento ao Usuário, permitindo o acompanhamento de cada demanda desde o seu recebimento até a conclusão das providências adotadas e a respectiva devolutiva ao manifestante, quando cabível.

Funcionamento do Serviço

Realizaremos a captação de dados através de documento padronizado que avaliará a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados, estando disponível espaço para comentários para sugestões. A metodologia utilizada para apresentação dos resultados, abrangerá os índices de satisfação específicos como: muito satisfeito, satisfeito, insatisfeito e não utilizou o serviço em suas especificidades. Permitirá o acompanhamento e comparação dos itens pesquisados, de maneira justa e coerente, bem como, o apontamento das

melhorias praticadas e os pontos de atenção, sempre em relação às respostas obtidas.

Além da pesquisa de satisfação, a equipe do SAU, desenvolverá o papel em coletar relatos de reclamações e/ou elogios dos usuários, de forma imparcial, buscando sempre o atendimento humanizado.

Relatório Mensal

Periodicidade: Mensal.

Gráficos das Pesquisas de Satisfação;

Análise dos resultados obtidos;

Comentários na íntegra dos usuários;

Ações traçadas para as reclamações, sugestões e até mesmo elogios;

Retorno sobre a providência tomada frente ao problema.

Relatório Anual

Periodicidade: Anual.

Indicadores: consolidar as informações do ano (utilizar a ficha do indicador).

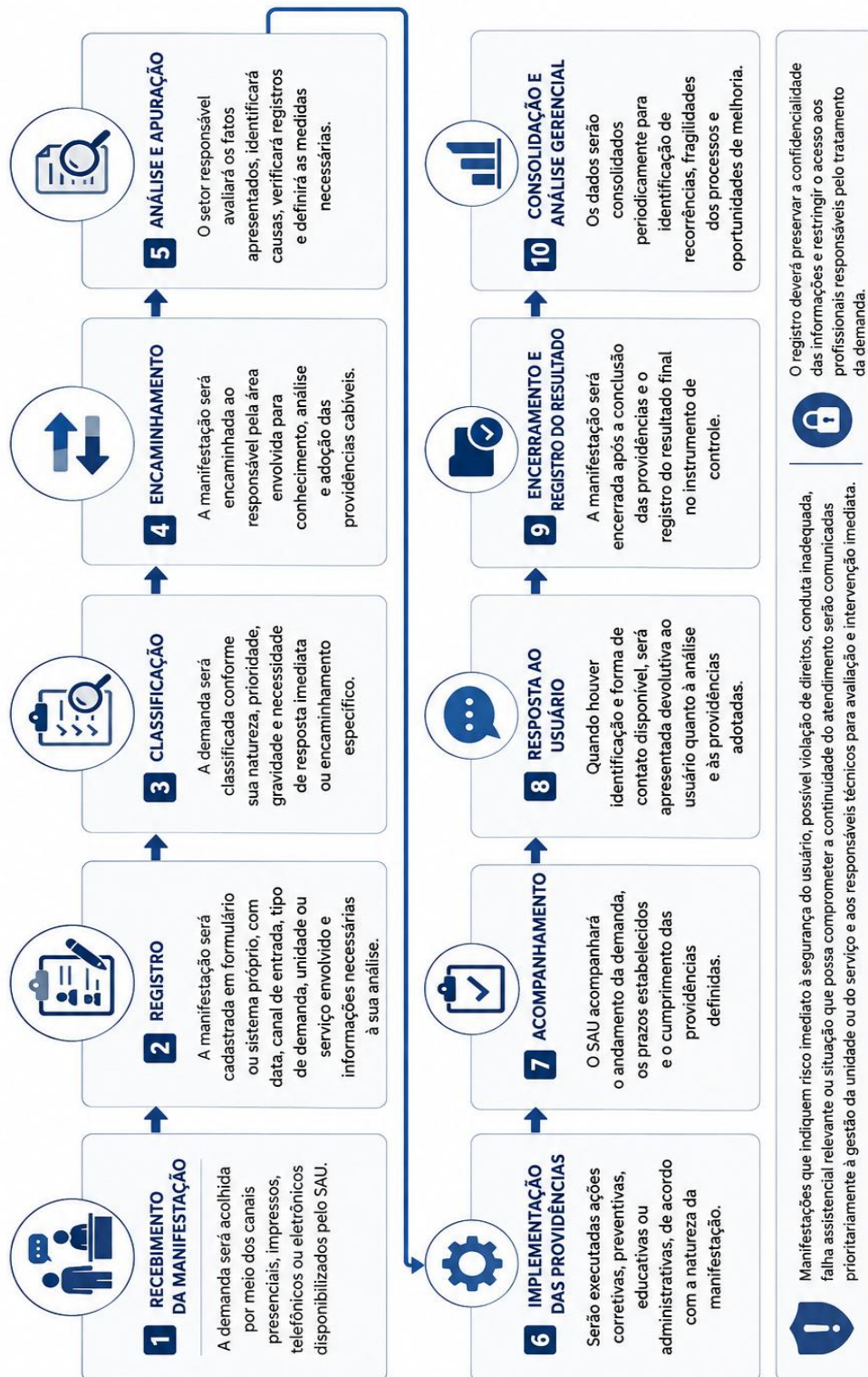
Fluxo de Registro e Tratamento das Manifestações

Todas as manifestações recebidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão registradas e acompanhadas em instrumento próprio, físico ou eletrônico, de modo a assegurar rastreabilidade, controle dos prazos, identificação dos responsáveis e registro das providências adotadas.

O fluxo será aplicado às reclamações, sugestões, elogios, solicitações de informação e denúncias recebidas pelos canais disponibilizados, observando as seguintes etapas:

FLUXO DE REGISTRO E TRATAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES

Todas as manifestações recebidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão registradas e acompanhadas em instrumento próprio, assegurando rastreabilidade, prazos, responsáveis e providências adotadas.



As manifestações que indiquem risco imediato à segurança do usuário, possível violação de direitos, conduta inadequada, falha assistencial relevante ou situação que possa comprometer a continuidade do atendimento serão

comunicadas prioritariamente à gestão da unidade ou do serviço e aos responsáveis técnicos, para avaliação e intervenção imediata.

O registro deverá preservar a confidencialidade das informações e restringir o acesso aos profissionais responsáveis pelo tratamento da demanda. Quando a manifestação for anônima, será realizada análise conforme os elementos disponíveis, ainda que não seja possível fornecer resposta individual ao manifestante.

O Serviço de Atendimento ao Usuário manterá controle das demandas recebidas, dos encaminhamentos realizados, das providências adotadas, dos prazos de resposta e das manifestações pendentes, permitindo o acompanhamento sistemático e a elaboração de relatórios gerenciais.

Pesquisa de Satisfação dos Usuários

Caracterização:

De acordo com Donabedian (1980) a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. No que se refere à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, acolhe sempre duas dimensões: o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos, e o relacionamento com o paciente. Segundo este autor, a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode dar-se em seus três componentes: estrutura, que compreende os recursos utilizados pelo serviço, processo, que inclui procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes e resultado, que abrange o estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde.

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (OLIVEIRA, 1992), sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo (DONABEDIAN, 1980).

Na qualidade de processo, refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos. Faz-se importante ressaltar que, ainda dentro da avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social, esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (DONABEDIAN, 1980; FITZPATRICK; HOPKINS, 1983).

A Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário constitui parte do Programa de Humanização e Acolhimento e seus resultados servirão como eixos norteadores do serviço, além de direcionar ações futuras que a ser implantadas, com fins de Excelência e Qualidade em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Objetivos:

Registrar a opinião do usuário e/ou seu responsável no momento da alta do serviço de saúde;

Registrar a opinião do usuário e/ou responsável após a finalização do atendimento ambulatorial e de urgência e emergência;

Estimar a satisfação dos usuários;

Determinar ações estratégicas voltadas aos usuários.

Composição: Auxiliar de Atendimento, Assistente Social, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Executores Administrativos.

Descrição das atividades realizadas: Diariamente funcionários devidamente capacitados, aplicarão o instrumento que medirá a satisfação do cliente em relação à assistência recebida. No caso do ambulatório, o questionário será aplicado em horários alternados e após o atendimento médico o questionário será disponibilizado aos familiares, sob orientação do Auxiliar de Atendimento do SAU, e nos casos de internação e/ou permanência em observação, o questionário poderá ser aplicado durante a permanência na instituição e/ou poder ser disponibilizado aos pacientes para preenchimento após a alta, sob orientação dos executores administrativos.

Os questionários serão mensurados e seus resultados analisados visando elaborar medidas de ajuste; reproduzir e encaminhar elogios para ciência dos interessados.

As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e as relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas às unidades, para conhecimento e utilização, se for o caso.

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário tem como objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal, qualidade e higiene das instalações físicas e dos equipamentos.

Metodologia de Aplicação do Questionário

Nas Unidades de Saúde: Durante a permanência do usuário na unidade para atendimento, consulta, procedimento, vacinação, coleta de exames ou outros serviços assistenciais, será disponibilizado o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário, acompanhado de orientações quanto à sua finalidade, importância e ao direito de manifestação. Os formulários permanecerão disponíveis em local de fácil acesso, preferencialmente na recepção ou em outro ponto definido pela gestão da unidade, juntamente com urna destinada ao seu depósito. O preenchimento será realizado, preferencialmente, após a conclusão do atendimento. Em horários alternados, o profissional designado pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) poderá realizar entrevistas presenciais para avaliação da satisfação dos usuários.

Insumos e Estrutura Necessários: Formulários impressos e/ou eletrônicos, urna para coleta dos questionários nas unidades de saúde, equipamentos de informática e telefonia quando aplicável, além de profissionais capacitados para orientação aos usuários, realização das entrevistas, consolidação das informações e elaboração dos relatórios gerenciais.

Método de avaliação dos indicadores de qualidade: a equipe do Serviço de Atendimento ao Usuário realizará mensalmente a avaliação dos indicadores supracitados, em formulário próprio, o qual alimentará o banco de dados do serviço. Os resultados serão apresentados por meio de frequências, expostos em tabelas e/ou gráficos.

Sistemática das ações corretivas: mediante a apresentação do resultado da Pesquisa de Satisfação do Usuário o responsável pela realização da Pesquisa de Satisfação do usuário estabelecerá sistemática para identificação de não conformidade relativa sistema de qualidade da unidade e investigação das causas, a fim de corrigir as não conformidades identificadas e evitar que ocorram novamente.

Para isso, será: descrito em formulário a não conformidade; apresentado o resultado de investigação das causas; implementada a ação corretiva e avaliação dos resultados da implementação da ação corretiva.

Resultados Esperados: Através da Pesquisa de Satisfação dos usuários e nas diversas sugestões recebidas em nossas Caixas de Sugestões e através das entrevistas, conseguiremos identificar as “carências” e os tipos de problemas que levam os usuários a registrarem as queixas/reclamações. Isso possibilitará também o mapeamento das áreas onde ocorrem as maiores manifestações. Outro fato relevante será a participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais.

Instrumento para Pesquisa de Satisfação dos usuários:

Am



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

☐ Usuário ☐ Acompanhante ☐ Masc ☐ Fem Data: __/__/__

Primeira vez no Pronto Atendimento Adulto e Infantil? ☐ Sim ☐ Não

Avalie os itens abaixo, de acordo com o atendimento recebido:

			
Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou

1. Facilidade para ser atendido:
2. Atendimento por parte da recepção:
3. Tempo na sala de espera:
4. Atendimento do profissional de enfermagem:
5. Atendimento do profissional médico:
6. Atendimento do profissional do serviço social:
7. Atendimento do profissional de fisioterapia:
8. Atendimento do profissional de nutrição:
9. Atendimento do profissional dentista:
10. Atendimento durante a realização de exames (*imagens, métodos gráficos e/ou laboratoriais*):
11. Qualidade da alimentação:
12. Qualidade de higiene e limpeza:
13. Aparência, organização e conforto da Unidade:
14. Avaliação geral do atendimento:

Especialidade: ☐ Pediatria ☐ Ginecologia ☐ Ortopedia ☐ Clínica Médica
 Tipos de Exames: ☐ Laboratorial ☐ USG ☐ Raio X ☐ Métodos Gráficos

Sugira como melhorar o atendimento:

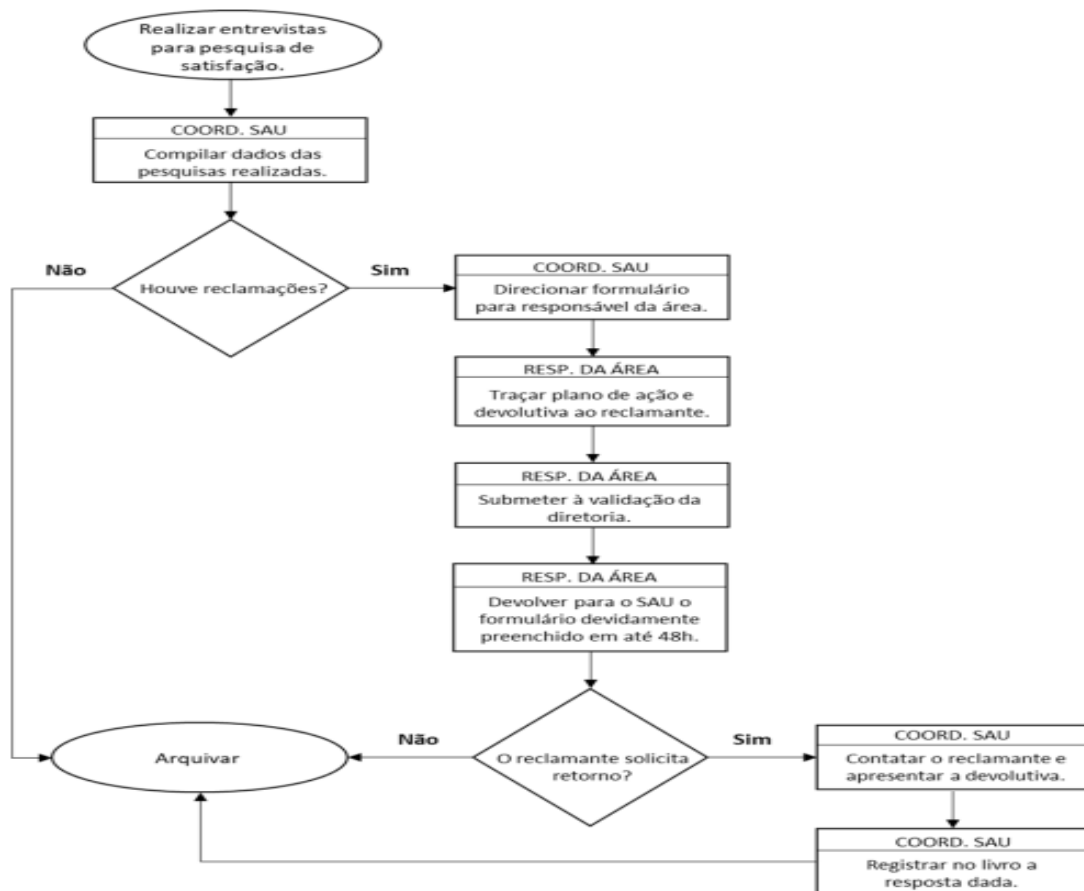
Você recomendaria o Pronto Atendimento e Infantil a outras pessoas? ☐ Sim ☐ Não
 Você voltaria a utilizar este serviço? ☐ Sim ☐ Não

Resultado das Pesquisas

As manifestações serão compiladas e após análise serão direcionadas as áreas competentes para ciência e devidas providências. Após este processamento, o SAU, encaminhará devolutiva da manifestação ao usuário. A prioridade será responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, prazos e soluções.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação dos Usuários serão enviados aos gestores para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências para resolução do problema.

Fluxo de tratativa das reclamações dos Usuários/acompanhantes, através da pesquisa de satisfação.



Estrutura do Serviço de Atendimento ao Usuário

Os serviços praticados pelo SAU, terá como finalidade acolher ainda mais os nossos usuários/acompanhantes, de forma transparente, humanizada e com qualidade.

Pensando no atendimento adequado aos usuários, disponibilizaremos uma sala exclusiva para o acolhimento do usuário/acompanhante, com placa de identificação, a fim de identificar o local e facilitar o acesso ao nosso público para que haja procura espontânea. Em complemento com o serviço da busca ativa nos setores assistenciais, abordando os usuários. Aplicaremos a disseminação da informação aos nossos usuários/ acompanhantes sobre o que é o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

O intuito desta ação é fazer o público conhecer o serviço e aderir à procura espontânea e consequentemente aumentar o número de pesquisas de satisfação, elogios, sugestões e/ou reclamações.

Cronograma de Implantação e Atividades

lcm

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E ATIVIDADES – SAU

SERVIÇO /ÁREA	ATIVIDADE	MESES DE IMPLANTAÇÃO E ATIVIDADES												OBSERVAÇÕES
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	
SAU	Designação formal dos responsáveis	X												Nomeação/equipe
SAU	Capacitação dos profissionais aplicadores	X												Treinamento em acolhimento e pesquisa
SAU	Elaboração e parametrização do instrumento de pesquisa	X												Adaptação de questionário conforme demanda
SAU	Organização da sala exclusiva para o SAU	X												Preparação de estrutura física
SAU	Aplicação diária do questionário de satisfação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cobertura todos os dias, coleta permanente
SAU	Consolidação mensal dos indicadores, elaboração de relatórios gerenciais e acompanhamento contratual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Relatório até o dia 10 de cada mês
SAU	Elaboração dos relatórios para monitoramento do Contrato de Gestão e prestação de contas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Subsídio aos relatórios gerenciais, Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, SMS e órgãos de controle
SAU	Elaboração de relatório anual consolidado												X	Relatório até o dia 20 de janeiro seguinte
SAU	Sistematização de encaminhamento das manifestações		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Encaminhamento para setores responsáveis
SAU	Monitoramento de providências e ações corretivas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Checkagem dos resultados e feedback ao usuário
SAU	Apresentação dos resultados à gestão, divulgação institucional e utilização das informações para melhoria contínua		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Divulgação para equipes, reuniões gerenciais e usuários
SAU	Revisão anual dos instrumentos, fluxos operacionais e indicadores do SAU												X	Avaliação de método e atualização estratégica

Classificação e Tratamento das Manifestações

As manifestações recebidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão classificadas conforme sua natureza, conteúdo, gravidade e necessidade de encaminhamento, permitindo tratamento padronizado, definição de responsáveis e acompanhamento adequado das providências.

A classificação deverá ocorrer no momento do registro ou imediatamente após a análise inicial, podendo ser revista caso surjam novos elementos durante a apuração.

TIPO DE MANIFESTAÇÃO	DEFINIÇÃO	TRATAMENTO PREVISTO
Reclamação	Demonstração de insatisfação relacionada ao atendimento, conduta profissional, estrutura, tempo de espera, acesso, comunicação ou funcionamento do serviço.	Registro, análise da ocorrência, encaminhamento à área responsável, apuração das causas, definição de providências e resposta ao usuário.
Sugestão	Proposição apresentada pelo usuário para aprimoramento dos serviços, fluxos, estrutura ou atendimento.	Avaliação técnica e gerencial quanto à pertinência, viabilidade e possibilidade de implantação.
Elogio	Manifestação de reconhecimento pela qualidade do atendimento, conduta de profissionais ou desempenho do serviço.	Registro, encaminhamento ao profissional ou equipe mencionada e utilização como elemento de valorização das boas práticas.
Solicitação	Pedido de informação, orientação, providência ou acesso a serviço relacionado ao atendimento prestado.	Análise da demanda, encaminhamento ao setor competente e resposta conforme a informação ou providência solicitada.
Denúncia	Comunicação de possível irregularidade, violação de direitos, conduta incompatível ou situação que demande apuração específica.	Encaminhamento prioritário à gestão e aos responsáveis competentes, preservando a confidencialidade e observando os procedimentos institucionais de apuração.
Informação	Pedido de esclarecimento sobre funcionamento, acesso, horários, serviços disponíveis ou fluxos de atendimento.	Prestação de orientação direta ou encaminhamento à área responsável, quando necessário.

As manifestações poderão ainda ser classificadas quanto à prioridade:

Rotineira: demanda sem risco imediato, tratada conforme fluxo regular;

Prioritária: situação que demande análise célere por possível impacto assistencial, operacional ou institucional;

Imediata: situação com risco à segurança do usuário, suspeita de violação de direitos, falha assistencial relevante ou comprometimento da continuidade do atendimento.

As manifestações classificadas como prioritárias ou imediatas serão comunicadas à gestão da unidade ou do serviço e aos responsáveis técnicos, para avaliação e adoção tempestiva das medidas cabíveis.

O tratamento deverá considerar a natureza da manifestação, a necessidade de apuração, os registros disponíveis, a manifestação dos profissionais envolvidos e a definição de ações corretivas, preventivas, educativas ou administrativas. Todas as providências adotadas deverão permanecer registradas no instrumento de acompanhamento do SAU.

Mecanismos de Acompanhamento das Demandas e Resposta ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) manterá acompanhamento sistemático de todas as manifestações registradas, desde o seu recebimento até a conclusão das providências adotadas, assegurando rastreabilidade, tempestividade, transparência e resolutividade na condução das demandas.

Após o registro e encaminhamento da manifestação à área responsável, o SAU realizará o monitoramento contínuo da tramitação, verificando o cumprimento dos prazos estabelecidos, a efetividade das providências adotadas e a necessidade de complementação das informações, quando aplicável.

Concluída a análise, será registrada a solução adotada, bem como o encerramento da manifestação. Sempre que houver identificação do usuário e canal de contato disponível, será realizada devolutiva contendo informações sobre a análise efetuada, as providências implementadas e a conclusão da demanda, observando os princípios da ética, confidencialidade e proteção das informações pessoais.

As manifestações que evidenciarem situações de maior relevância assistencial, risco à segurança do usuário, reincidência de ocorrências ou impacto significativo na prestação dos serviços serão comunicadas prioritariamente à gestão da unidade ou do serviço e aos responsáveis técnicos para adoção imediata das medidas necessárias.

O acompanhamento das demandas permitirá a identificação de manifestações recorrentes, oportunidades de melhoria, necessidade de revisão de processos, ações educativas, capacitações das equipes e implementação de

medidas preventivas, fortalecendo a qualidade da assistência e o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados.

CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DAS DEMANDAS

ETAPA	AÇÃO DESENVOLVIDA	OBJETIVO
1 REGISTRO	Cadastro da manifestação em instrumento próprio.	Garantir o registro formal, padronizado e a rastreabilidade da demanda.
2 ENCAMINHAMENTO	Envio da demanda ao setor ou responsável competente.	Assegurar que a demanda chegue ao responsável adequado para análise e providências.
3 MONITORAMENTO	Acompanhamento do prazo estabelecido e das providências adotadas.	Verificar o andamento da demanda e o cumprimento dos prazos definidos.
4 VALIDAÇÃO	Verificação da efetividade da solução apresentada e da conclusão das providências.	Confirmar se a solução adotada atende ao usuário e se a demanda foi resolvida adequadamente.
5 DEVOLUTIVA	Comunicação do resultado ao usuário, quando houver identificação e canal de contato disponível.	Informar ao usuário sobre a análise efetuada e as providências implementadas.
6 ENCERRAMENTO	Registro da conclusão da demanda e arquivamento para fins de monitoramento e relatórios gerenciais.	Formalizar o encerramento e manter os registros para controle, análise e melhoria contínua.

Indicadores de Monitoramento do Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário será monitorado por meio de indicadores gerenciais destinados a avaliar a qualidade do atendimento, a resolutividade das manifestações, o cumprimento dos prazos estabelecidos e o grau de satisfação dos usuários. Os resultados serão consolidados periodicamente e utilizados como instrumento de apoio à gestão, subsidiando a tomada de decisão, a revisão de processos e a implementação de ações de melhoria contínua.

Os indicadores serão acompanhados por meio de registros próprios, relatórios gerenciais e análise crítica da gestão, podendo ser revisados durante a execução contratual em comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

INDICADORES DE MONITORAMENTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Nº	INDICADOR	OBJETIVO	PERIODICIDADE
1	Índice Geral de Satisfação dos Usuários	Avaliar a percepção dos usuários quanto à qualidade dos serviços prestados.	Mensal
2	Número de Manifestações Recebidas	Monitorar o volume de manifestações registradas.	Mensal
3	Tempo Médio de Resposta às Manifestações	Avaliar a agilidade no tratamento das demandas.	Mensal
4	Percentual de Manifestações Respondidas no Prazo	Verificar o cumprimento dos prazos internos de resposta.	Mensal
5	Índice de Resolutividade das Demandas	Avaliar a efetividade das soluções implementadas para as manifestações.	Mensal
6	Percentual de Reclamações Reincidentes	Identificar recorrência de problemas para adoção de ações preventivas.	Mensal
7	Percentual de Sugestões Implementadas	Monitorar o aproveitamento das contribuições dos usuários para melhoria dos serviços.	Trimestral
8	Índice de Elogios Registrados	Acompanhar o reconhecimento da qualidade do atendimento prestado.	Trimestral

Observação: O indicador de satisfação dos usuários será acompanhado em conformidade com os parâmetros estabelecidos no Contrato de Gestão e no respectivo Edital de Chamamento Público, observando a meta contratual de satisfação do usuário prevista pela Administração Municipal. Os demais indicadores possuem caráter gerencial, destinados ao monitoramento da qualidade do Serviço de Atendimento ao Usuário, sem prejuízo dos indicadores e metas contratuais estabelecidos pelo Município.

Observação: O indicador de satisfação dos usuários será acompanhado em conformidade com os parâmetros estabelecidos no Contrato de Gestão e no respectivo Edital de Chamamento Público, observando a meta contratual de satisfação do usuário prevista pela Administração Municipal. Os demais indicadores possuem caráter gerencial, destinados ao monitoramento da qualidade do Serviço de Atendimento ao Usuário, sem prejuízo dos indicadores e metas contratuais estabelecidos pelo Município.

Análise dos Indicadores

Os resultados dos indicadores serão apresentados em relatórios gerenciais consolidados, contendo análise comparativa entre os períodos avaliados, identificação de tendências, causas das não conformidades e definição de planos de ação quando necessário.

Sempre que identificado desempenho abaixo dos parâmetros estabelecidos, serão implementadas ações corretivas e preventivas, incluindo revisão de fluxos, readequação de processos de trabalho, capacitação das equipes e

monitoramento específico das medidas adotadas, visando assegurar a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Periodicidade de Avaliação, Relatórios Gerenciais e Prestação de Contas

O Serviço de Atendimento ao Usuário realizará o monitoramento contínuo das manifestações recebidas e dos resultados das pesquisas de satisfação, assegurando acompanhamento sistemático do desempenho dos serviços, identificação de oportunidades de melhoria e produção de informações gerenciais que subsidiem a gestão, a fiscalização contratual e a prestação de contas.

As informações produzidas pelo SAU integrarão o conjunto de instrumentos de monitoramento do Contrato de Gestão, contribuindo para a avaliação da qualidade assistencial, do cumprimento das obrigações contratuais e da efetividade das ações desenvolvidas, em conformidade com o Edital de Chamamento Público, o Contrato de Gestão, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações dos órgãos de controle externo, em especial o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

A análise será conduzida em diferentes níveis de periodicidade, conforme a natureza das informações e sua finalidade gerencial.

6m

PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO E RELATÓRIOS GERENCIAIS

O Serviço de Atendimento ao Usuário realizará a avaliação periódica das manifestações recebidas e dos resultados das pesquisas de satisfação, assegurando acompanhamento sistemático do desempenho e subsidiando a gestão do Contrato de Gestão.

PERIODICIDADE	AVALIAÇÃO PREVISTA
 CONTÍNUA	Registro, classificação, encaminhamento e acompanhamento individual das manifestações recebidas.
 MENSAL	Consolidação das pesquisas de satisfação, manifestações registradas, prazos de resposta, resolutividade das demandas e principais causas de reclamação.
 TRIMESTRAL	Análise comparativa dos indicadores, avaliação das ações corretivas implementadas, identificação de tendências e apresentação dos resultados à gestão do contrato.
 ANUAL	Consolidação dos resultados, revisão dos processos, avaliação da evolução do serviço e proposição de melhorias para o exercício seguinte.
 Observação Os relatórios gerenciais produzidos pelo SAU subsidiarão o acompanhamento do Contrato de Gestão e poderão integrar os processos de monitoramento, avaliação de desempenho, prestação de contas e auditorias promovidas pela Administração Pública, em conformidade com o Edital de Chamamento Público, o Contrato de Gestão, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações dos órgãos de controle externo, em especial o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.	

Os relatórios gerenciais subsidiarão o acompanhamento do Contrato de Gestão e poderão compor os processos de monitoramento, avaliação de desempenho, prestação de contas e auditorias promovidas pela Administração Pública, observadas as exigências estabelecidas no instrumento contratual e na legislação vigente.

Os resultados obtidos serão utilizados para revisão de fluxos assistenciais e administrativos, aperfeiçoamento dos processos de trabalho, planejamento das ações de educação permanente, atualização de protocolos institucionais e implementação de ações corretivas e preventivas, fortalecendo o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Utilização dos Resultados para Melhoria Contínua

As informações produzidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário constituirão importante instrumento de gestão, permitindo avaliar a percepção dos usuários, identificar oportunidades de melhoria, subsidiar a tomada de decisão e fortalecer o monitoramento da qualidade dos serviços prestados.

Os resultados obtidos por meio das pesquisas de satisfação, manifestações espontâneas e indicadores de desempenho serão consolidados em relatórios gerenciais e analisados periodicamente pela gestão do contrato e pelos responsáveis técnicos, visando à identificação de tendências, recorrência de ocorrências, fragilidades dos processos e oportunidades de aperfeiçoamento.

As análises realizadas subsidiarão, entre outras ações:

UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS PARA MELHORIA CONTÍNUA

As informações produzidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário serão analisadas e utilizadas como instrumento de gestão, permitindo avaliar a percepção dos usuários, identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a qualidade dos serviços prestados.

APLICAÇÃO DOS RESULTADOS		FINALIDADE
	Revisão de processos assistenciais e administrativos	Aprimorar fluxos de trabalho e aumentar a eficiência operacional.
	Elaboração de planos de ação	Corrigir não conformidades identificadas e prevenir recorrências.
	Educação Permanente	Direcionar treinamentos e capacitações conforme as necessidades identificadas.
	Revisão de protocolos e rotinas	Atualizar procedimentos e rotinas conforme oportunidades de melhoria identificadas.
	Planejamento Gerencial	Subsidiar decisões estratégicas e definição de prioridades da gestão.
	Monitoramento do Contrato de Gestão	Apoiar o acompanhamento dos indicadores contratuais e da qualidade dos serviços.
	Prestação de Contas	Produzir evidências para os relatórios gerenciais, fiscalização contratual e órgãos de controle.
	Os resultados obtidos integrarão o processo institucional de melhoria contínua e contribuirão para o acompanhamento do Contrato de Gestão, elaboração dos relatórios técnicos e gerenciais, prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde e atendimento às solicitações da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, bem como dos órgãos de controle interno e externo, observando as disposições contratuais, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.	

Os resultados obtidos integrarão o processo institucional de melhoria contínua, podendo subsidiar a revisão dos processos de trabalho, a atualização dos instrumentos de gestão, o planejamento das ações assistenciais e administrativas, a definição de prioridades de investimento e a implementação de ações corretivas e preventivas.

As evidências produzidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário também contribuirão para o acompanhamento do Contrato de Gestão, elaboração dos relatórios técnicos e gerenciais, prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde e atendimento às solicitações da Comissão de

Acompanhamento e Fiscalização, bem como dos órgãos de controle interno e externo, observando as disposições contratuais, a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde e as orientações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Considerações Finais

O Serviço de Atendimento ao Usuário atuará de forma integrada com as equipes assistenciais, administrativas e de apoio, constituindo importante ferramenta de comunicação entre os usuários, a gestão das unidades e a Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para o fortalecimento da participação social, transparência da gestão, qualificação dos serviços e aprimoramento contínuo da assistência prestada.

8.6 F. Proposta de Implantação de Ouvidoria

Objetivo

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a implantação e operacionalização do Serviço de Ouvidoria como instrumento permanente de comunicação entre os usuários, seus familiares, acompanhantes, trabalhadores e a gestão da Unidade, destinado ao acolhimento, registro, análise, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações relacionadas aos serviços prestados.

A Ouvidoria será estruturada em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Humanização, das diretrizes da Ouvidoria-Geral do SUS e das normas municipais vigentes, atuando como mecanismo de participação social, transparência administrativa, fortalecimento do controle social e aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e gerencial.

O serviço será organizado para assegurar atendimento humanizado, acessível, imparcial, ético e resolutivo, disponibilizando múltiplos canais de comunicação aos usuários, garantindo o tratamento adequado das

manifestações, a rastreabilidade dos registros, o cumprimento dos prazos estabelecidos, a produção de informações gerenciais e a utilização sistemática dos resultados na revisão de processos, implementação de ações corretivas e preventivas e fortalecimento da governança institucional.

A operacionalização da Ouvidoria contemplará fluxos padronizados para recebimento, classificação, encaminhamento, acompanhamento e encerramento das manifestações, monitoramento por indicadores de desempenho, elaboração de relatórios gerenciais periódicos e integração com os processos de gestão da qualidade, segurança do paciente, humanização, educação permanente, gestão de riscos e prestação de contas do Contrato de Gestão, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados e para o fortalecimento da participação dos cidadãos na avaliação e qualificação da assistência.

Finalidades da Ouvidoria

A Ouvidoria constitui-se como instrumento estratégico de gestão, participação social e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, atuando como canal permanente de comunicação entre os usuários, trabalhadores, gestores e a Administração Pública, promovendo o acolhimento qualificado das manifestações e contribuindo para o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais.

São finalidades da Ouvidoria:

- ✓ Assegurar aos usuários, familiares, acompanhantes, trabalhadores e demais cidadãos um canal acessível, transparente e resolutivo para apresentação de reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e pedidos de informação relacionados aos serviços prestados pela Unidade;
- ✓ Receber, registrar, classificar, analisar, encaminhar, acompanhar e responder às manifestações, observando critérios de imparcialidade,

confidencialidade, rastreabilidade, tempestividade e respeito aos direitos dos usuários;

- ✓ Promover a mediação entre os cidadãos e a gestão da Unidade, buscando a solução consensual das demandas e contribuindo para o fortalecimento das relações institucionais;
- ✓ Produzir informações qualificadas sobre as manifestações recebidas, permitindo a identificação de oportunidades de melhoria, fragilidades operacionais, riscos assistenciais e necessidades de aperfeiçoamento dos processos de trabalho;
- ✓ Subsidiar a tomada de decisão da gestão da Unidade e dos setores responsáveis, por meio da elaboração de relatórios gerenciais, análises estatísticas e monitoramento sistemático dos indicadores da Ouvidoria;
- ✓ Contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Humanização, estimulando a escuta qualificada, o acolhimento, o respeito aos direitos dos usuários e a melhoria da experiência do cidadão durante sua utilização dos serviços de saúde;
- ✓ Apoiar a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua, mediante acompanhamento das providências adotadas pelos setores responsáveis e avaliação da efetividade das medidas implementadas;
- ✓ Fortalecer os mecanismos de transparência, controle social e participação popular previstos na legislação do Sistema Único de Saúde, promovendo a utilização das manifestações como instrumento de avaliação permanente da qualidade dos serviços;
- ✓ Integrar-se aos processos institucionais de Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente, Gestão de Riscos, Educação Permanente, Humanização, Compliance, Auditoria Interna e Prestação de Contas do Contrato de Gestão, utilizando as informações produzidas como subsídio ao planejamento estratégico e à melhoria contínua dos serviços.

Estrutura Organizacional da Ouvidoria

A Ouvidoria será estruturada pela Contratada como serviço institucional de apoio à gestão da Unidade, integrada aos processos assistenciais e administrativos, com a finalidade de receber, registrar, analisar, encaminhar, acompanhar e monitorar as manifestações apresentadas pelos usuários, familiares, acompanhantes, colaboradores e demais cidadãos.

Sua organização observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, confidencialidade, participação social, acolhimento humanizado e melhoria contínua da qualidade, atuando de forma articulada com os setores envolvidos na prestação dos serviços e nos processos de gestão.

A estrutura da Ouvidoria será organizada de forma a assegurar a adequada comunicação entre os setores responsáveis pelo tratamento das manifestações, possibilitando a adoção das providências necessárias, o acompanhamento dos prazos de resposta, a rastreabilidade das demandas e a produção de informações gerenciais destinadas ao aperfeiçoamento contínuo dos serviços.

Os setores responsáveis pelas manifestações encaminhadas pela Ouvidoria deverão analisar as demandas recebidas, adotar as providências cabíveis, prestar os esclarecimentos necessários e informar as medidas implementadas, observando os prazos estabelecidos e contribuindo para a resolução tempestiva das solicitações.

Compete à Ouvidoria coordenar o fluxo das manifestações, acompanhar sua tramitação até a conclusão, monitorar os prazos de atendimento, consolidar os resultados obtidos e subsidiar a gestão da Unidade com informações estratégicas para a implementação de ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua.

Proposta de Implantação e Operacionalização da Ouvidoria

A Contratada implantará e operacionalizará o Serviço de Ouvidoria desde o início da vigência do Contrato de Gestão, assegurando o funcionamento contínuo do serviço como instrumento de comunicação entre os usuários e a gestão da Unidade, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e da legislação aplicável.

A implantação compreenderá a definição dos processos de trabalho, a padronização dos fluxos operacionais, a disponibilização dos canais de atendimento, a organização dos mecanismos de registro e acompanhamento das manifestações e a integração da Ouvidoria aos processos institucionais de gestão e melhoria contínua da qualidade.

Para garantir a adequada operacionalização do serviço, serão desenvolvidas, no mínimo, as seguintes ações:

I – Organização do serviço de Ouvidoria, com definição das responsabilidades, dos fluxos operacionais e dos procedimentos para recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento e encerramento das manifestações.

II – Elaboração e implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), contemplando as rotinas de registro, classificação, tratamento, resposta aos usuários, monitoramento dos prazos e arquivamento das manifestações.

III – Disponibilização dos canais de atendimento, assegurando acessibilidade, acolhimento, confidencialidade, transparência e ampla divulgação das formas de acesso ao serviço.

IV – Orientação dos colaboradores quanto aos fluxos institucionais da Ouvidoria, visando ao adequado encaminhamento das manifestações e ao cumprimento dos prazos estabelecidos.

V – Implantação de mecanismos de registro e acompanhamento, garantindo a rastreabilidade das manifestações, o controle dos prazos, a produção de informações gerenciais e o monitoramento dos resultados.

VI – Integração da Ouvidoria aos processos institucionais, utilizando as informações produzidas para subsidiar a gestão, a melhoria contínua da

qualidade dos serviços, a segurança do paciente, a humanização, a educação permanente e os demais processos de governança previstos no Contrato de Gestão.

VII – Monitoramento contínuo do desempenho do serviço, mediante acompanhamento de indicadores, elaboração de relatórios gerenciais, análise crítica dos resultados e implementação de ações corretivas e preventivas sempre que identificadas oportunidades de melhoria.

A operacionalização da Ouvidoria observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, confidencialidade, participação social, acolhimento humanizado, resolutividade e melhoria contínua, assegurando que todas as manifestações sejam tratadas de forma técnica, tempestiva, imparcial e rastreável.

Canais de Atendimento

A Ouvidoria será estruturada de forma integrada aos mecanismos de participação social disponibilizados pelo Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando ao usuário múltiplas formas de acesso para apresentação de reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e pedidos de informação relacionados aos serviços prestados na Unidade.

Além dos canais disponibilizados pela própria Unidade, permanecerão disponíveis aos cidadãos os canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município, garantindo a integração das manifestações aos fluxos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, o fortalecimento do controle social e a padronização do tratamento das demandas.

lcm

CANAIS DE ATENDIMENTO

A Ouvidoria disponibiliza ao cidadão múltiplos canais de atendimento, integrados aos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município de Ferraz de Vasconcelos, assegurando acessibilidade, acolhimento, confidencialidade, rastreabilidade das manifestações e resposta no prazo estabelecido.

CANAL	FORMA DE ATENDIMENTO	DADOS / INFORMAÇÕES	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	FINALIDADE
 Ouvidoria da Unidade	Atendimento presencial nas dependências da Unidade. O usuário também poderá registrar sua manifestação junto aos profissionais da equipe, que encaminharão à Ouvidoria.	Atendimento disponível durante todo o funcionamento da Unidade.	Durante o funcionamento da Unidade	Recebimento, registro, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, familiares, acompanhantes, colaboradores e cidadãos.
 Site / Portal da Ouvidoria Geral do Município	Registro eletrônico de manifestações por meio do portal oficial da Prefeitura Municipal.	Endereço eletrônico (Site): https://ferrazdevasconcelos.sp.gov.br/web/ouvidoria-geral/	24 horas por dia, 7 dias por semana	Recebimento eletrônico de manifestações, solicitações, informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias.
 E-mail da Ouvidoria Geral do Município	Envio de manifestações por correio eletrônico.	Endereço de e-mail: ouvidoria@ferrazdevasconcelos.sp.gov.br	24 horas por dia, 7 dias por semana	Recebimento e registro eletrônico de manifestações e documentos.
 Telefone da Ouvidoria Geral do Município	Atendimento telefônico para registro de manifestações, esclarecimentos e informações.	Telefone: (11) 4674-7839	Segunda a sexta-feira, das 8h às 17h	Recebimento de manifestações e esclarecimento de dúvidas.
 Atendimento Presencial da Ouvidoria Geral do Município	Atendimento presencial no endereço da Ouvidoria Geral do Município.	Endereço: Rua Pedro Foschini, nº 200 Vila Romanópolis Ferraz de Vasconcelos – SP CEP: 08529-210	Segunda a sexta-feira, das 8h às 17h	Recebimento presencial de manifestações, solicitações, informações, sugestões, reclamações e denúncias.
 Caixa de Sugestões	Disponível nas dependências da Unidade para registro por escrito.	Formulário físico disponível na própria Unidade.	Durante o funcionamento da Unidade	Facilitar ao usuário o registro de sugestões, elogios, reclamações e demais manifestações.
 Encaminhamentos Institucionais	Recebimento de manifestações encaminhadas por órgãos e instituições competentes.	Ouvidoria SUS, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos de Saúde e demais instituições.	Conforme fluxo de encaminhamento institucional	Tratamento de manifestações recebidas por meio de órgãos e instituições externas.
Observação: As informações referentes aos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município foram obtidas no portal oficial da Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos na data de elaboração desta proposta e serão atualizadas, quando necessário, durante a implantação do Contrato de Gestão, observadas as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.				

Observação: Os canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município apresentados nesta proposta foram identificados mediante consulta ao portal oficial da Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos na data de elaboração deste Plano de Trabalho. Na hipótese de celebração do Contrato de Gestão, a Contratada observará os canais oficiais vigentes, bem como as diretrizes e orientações estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde para integração e operacionalização do serviço.

Independentemente do canal utilizado, todas as manifestações referentes aos serviços objeto do Contrato de Gestão serão registradas, classificadas, encaminhadas, acompanhadas e respondidas conforme fluxo operacional padronizado, garantindo rastreabilidade, confidencialidade, tempestividade e monitoramento até sua conclusão.

A Contratada promoverá ampla divulgação dos canais de atendimento da Ouvidoria da Unidade e dos canais oficiais disponibilizados pelo Município, mediante sinalização interna, orientações aos usuários e disponibilização de material informativo, fortalecendo o acesso da população aos mecanismos de participação social e transparência da gestão.

Fluxo de Recebimento das Manifestações

O recebimento das manifestações será realizado de forma padronizada, assegurando acolhimento qualificado, identificação da demanda, registro das informações necessárias, emissão de protocolo quando aplicável e encaminhamento para tratamento, observando os princípios da confidencialidade, rastreabilidade, imparcialidade e tempestividade.

Todas as manifestações recebidas pelos canais disponibilizados pela Unidade ou pelos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município seguirão fluxo único de processamento, garantindo uniformidade no tratamento das demandas e controle de todas as etapas até sua conclusão.

Após o recebimento, cada manifestação será registrada, classificada conforme sua natureza e encaminhada ao setor competente para análise e manifestação técnica, permanecendo sob acompanhamento da Ouvidoria até o encerramento do processo.

Etapas do Fluxo de Recebimento

Etapa	Descrição
1. Recebimento da Manifestação	Recepção da manifestação por qualquer dos canais de atendimento disponibilizados pela Unidade ou pelos canais oficiais do Município.
2. Acolhimento do Usuário	Escuta qualificada, orientação ao cidadão e coleta das informações necessárias para o adequado tratamento da demanda.
3. Registro da Manifestação	Registro da manifestação nos mecanismos institucionais de controle, com identificação da natureza da demanda e emissão de protocolo, quando aplicável.
4. Classificação	Classificação da manifestação como reclamação, denúncia, sugestão, elogio, solicitação ou pedido de informação, bem como definição do grau de prioridade quando necessário.
5. Encaminhamento	Encaminhamento ao setor responsável para análise técnica e adoção das providências cabíveis.
6. Acompanhamento	Controle da tramitação da manifestação pela Ouvidoria até o recebimento da resposta do setor responsável.

A Ouvidoria acompanhará todas as manifestações recebidas, monitorando os prazos estabelecidos, a efetividade do encaminhamento e o retorno dos setores responsáveis, garantindo que nenhuma demanda permaneça sem tratamento.

FLUXO DE RECEBIMENTO DAS MANIFESTAÇÕES

Todas as manifestações recebidas pelos canais da Unidade ou pelos canais oficiais da Ouvidoria Geral do Município seguem fluxo único de processamento até sua conclusão.



Fluxo de Tratamento das Manifestações

O tratamento das manifestações compreenderá o conjunto de procedimentos realizados após o recebimento, registro, classificação e encaminhamento da demanda, abrangendo a análise técnica, a adoção de providências, a elaboração da resposta, o retorno ao usuário, o encerramento e o monitoramento dos resultados.

As manifestações serão tratadas de forma imparcial, confidencial, tempestiva e rastreável, observada sua natureza, complexidade, prioridade e eventual risco relacionado à assistência, à segurança do paciente, aos direitos dos usuários ou à regularidade da execução contratual.

A Ouvidoria acompanhará a tramitação de cada manifestação até sua conclusão, realizando, quando necessário, cobranças aos setores responsáveis, complementação de informações, reavaliação da classificação e articulação com os canais oficiais do Município.

Etapas do Fluxo de Tratamento das Manifestações

Etapas	Descrição
1. Análise inicial da manifestação	Verificação do conteúdo, da classificação atribuída, da suficiência das informações registradas e da competência do setor responsável pelo tratamento.
2. Avaliação da prioridade e do risco	Identificação de manifestações que exijam tratamento prioritário, especialmente aquelas relacionadas à integridade do usuário, segurança do paciente, possíveis irregularidades, violações de direitos ou riscos à continuidade do serviço.
3. Encaminhamento para análise técnica	Envio da manifestação ao setor competente, acompanhado das informações necessárias e do prazo definido para apresentação de resposta e providências.
4. Apuração e adoção de providências	Análise dos fatos, levantamento de registros, escuta dos envolvidos, verificação dos processos relacionados e adoção das medidas cabíveis.
5. Elaboração da resposta técnica	Formalização da resposta pelo setor responsável, com apresentação dos esclarecimentos, providências adotadas e, quando aplicável, medidas corretivas ou preventivas.
6. Validação da resposta	Verificação, pela Ouvidoria, da clareza, pertinência, completude e compatibilidade da resposta com a manifestação apresentada.

7. Retorno ao usuário	Comunicação da resposta ao manifestante pelo canal indicado, respeitada a confidencialidade e as limitações legais aplicáveis.
8. Encerramento da manifestação	Registro da conclusão, das providências adotadas, da data de resposta e do resultado do tratamento da demanda.
9. Monitoramento e análise gerencial	Consolidação das manifestações para acompanhamento de indicadores, identificação de recorrências, avaliação de tendências e proposição de melhorias nos processos.

As manifestações que apresentarem informações insuficientes poderão ser submetidas à complementação, quando houver possibilidade de contato com o manifestante. Quando não for possível obter os elementos necessários para a apuração, o registro será encerrado com a devida justificativa, sem prejuízo de sua utilização para análise estatística e identificação de riscos.

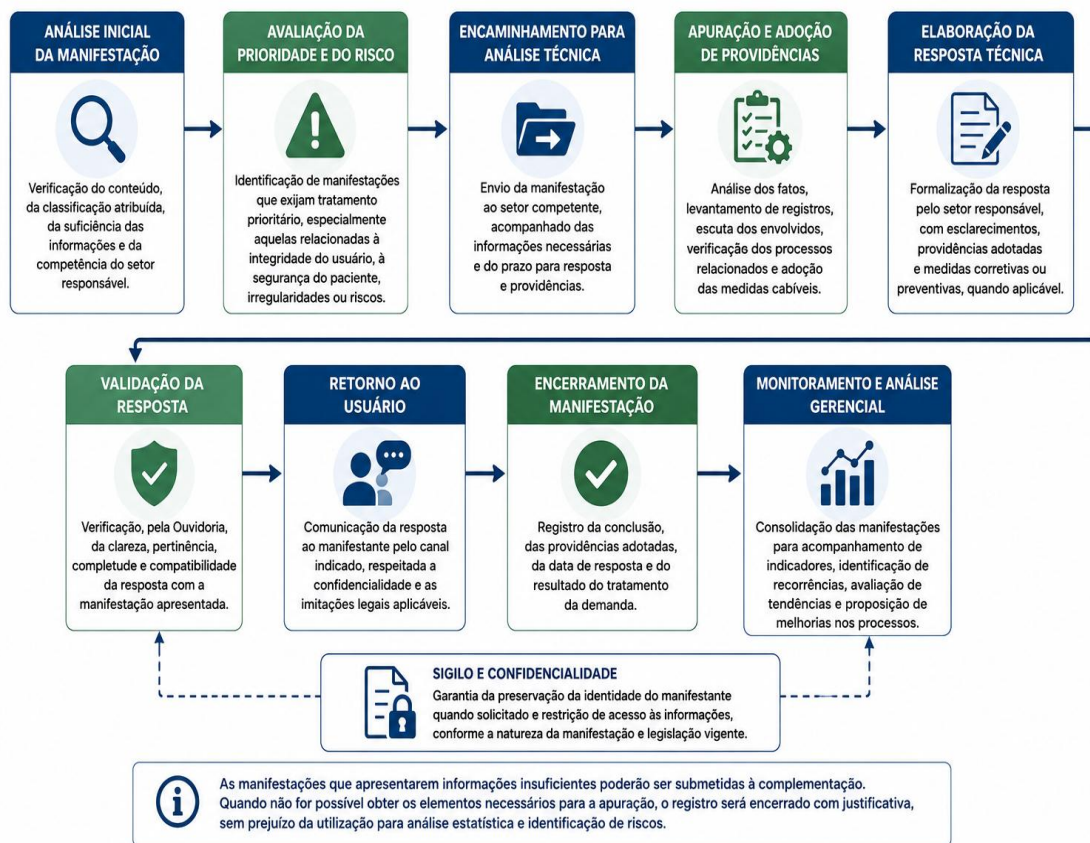
As denúncias e manifestações que envolvam possíveis irregularidades serão tratadas com acesso restrito às informações, preservação da identidade do manifestante e encaminhamento às instâncias competentes, conforme a natureza dos fatos e os fluxos institucionais aplicáveis.

Quando a manifestação indicar risco imediato ao usuário, à segurança assistencial ou à continuidade do atendimento, seu encaminhamento será realizado de forma prioritária, independentemente da ordem cronológica de recebimento.

O encerramento somente ocorrerá após o registro da análise realizada, das providências adotadas e da resposta encaminhada ao usuário, quando aplicável, assegurando a rastreabilidade integral do processo.

lcm

FLUXO DE TRATAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES



Mecanismos de Registro, Monitoramento e Resposta das Demandas

A Ouvidoria adotará mecanismos padronizados para o registro, acompanhamento, monitoramento e resposta das manifestações recebidas, assegurando rastreabilidade, confidencialidade, integridade das informações e controle de todas as etapas do processo, desde o recebimento até o encerramento da demanda.

Todos os registros serão realizados em instrumentos institucionais que permitam a identificação da manifestação, sua classificação, o histórico de tramitação, os encaminhamentos efetuados, as providências adotadas, os prazos de atendimento e a conclusão do processo, possibilitando o acompanhamento integral das demandas e a geração de informações gerenciais.

As manifestações serão registradas contemplando, sempre que aplicável, as seguintes informações:

- ✓ Número de identificação ou protocolo;
- ✓ Data e horário do recebimento;
- ✓ Canal de atendimento utilizado;
- ✓ Natureza da manifestação;
- ✓ Identificação do manifestante, quando informada;
- ✓ Descrição da demanda;
- ✓ Setor responsável pelo tratamento;
- ✓ Data do encaminhamento;
- ✓ Providências adotadas;
- ✓ Data da resposta ao usuário;
- ✓ Situação da manifestação (em análise, em tratamento ou encerrada);
- ✓ Data de encerramento.

O monitoramento das manifestações será realizado de forma contínua, permitindo o acompanhamento dos prazos estabelecidos, da tramitação entre os setores, do cumprimento das providências propostas e da efetividade das respostas apresentadas aos usuários.

Sempre que identificadas demandas recorrentes, atrasos, inconformidades ou oportunidades de melhoria, a Ouvidoria comunicará os setores envolvidos para análise das causas e implementação das ações corretivas ou preventivas cabíveis, acompanhando a efetividade das medidas adotadas.

As respostas aos usuários serão elaboradas de forma clara, objetiva, respeitosa e fundamentada, contemplando os esclarecimentos necessários acerca das providências adotadas, observados os princípios da transparência, confidencialidade, proteção de dados pessoais e legislação aplicável.

O tratamento das informações e dos dados pessoais decorrentes das manifestações observará a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), bem como as demais normas aplicáveis relativas ao sigilo das informações e à proteção da privacidade dos usuários, assegurando

que o acesso aos registros seja restrito aos responsáveis pelo tratamento da demanda, de acordo com sua competência e necessidade de atuação.

Quando a manifestação depender de análise por mais de um setor, a Ouvidoria coordenará o fluxo das informações, consolidará os pareceres recebidos e encaminhará resposta única ao usuário, garantindo uniformidade das informações prestadas e maior efetividade na comunicação.

O encerramento da manifestação ocorrerá somente após a conclusão das providências cabíveis, registro das ações realizadas e comunicação da resposta ao manifestante, quando aplicável, permanecendo os registros disponíveis para fins de monitoramento, auditoria, prestação de contas e melhoria contínua dos processos institucionais.

Quadro Resumo – Mecanismos de Registro e Monitoramento

Processo	Finalidade
Registro da manifestação	Formalizar a demanda e assegurar sua rastreabilidade.
Classificação	Definir a natureza da manifestação e direcionar o tratamento adequado.
Acompanhamento	Monitorar a tramitação e o cumprimento dos prazos.
Controle das providências	Verificar a implementação das ações pelos setores responsáveis.
Resposta ao usuário	Garantir comunicação clara, tempestiva e fundamentada.
Encerramento	Registrar a conclusão da manifestação e consolidar as informações para monitoramento gerencial.

Indicadores de Acompanhamento

A Ouvidoria será monitorada por indicadores gerenciais destinados a avaliar a efetividade do atendimento, a qualidade das respostas prestadas, o cumprimento dos prazos estabelecidos, a resolutividade das manifestações e a contribuição do serviço para o aperfeiçoamento contínuo dos processos institucionais.

Os indicadores serão apurados periodicamente e utilizados como instrumento de gestão, subsidiando a análise crítica dos resultados, a elaboração de planos de ação, a identificação de oportunidades de melhoria e o

acompanhamento da qualidade dos serviços prestados no âmbito do Contrato de Gestão.

O monitoramento sistemático permitirá avaliar o desempenho operacional da Ouvidoria, identificar tendências, acompanhar demandas recorrentes e apoiar a tomada de decisão da gestão, fortalecendo a transparência, a participação social e a melhoria contínua da assistência.

Indicadores Propostos

Indicador	Forma de Apuração	Periodicidade	Finalidade
Tempo Médio de Resposta às Manifestações	Soma dos dias entre o recebimento e a resposta ÷ número de manifestações respondidas.	Mensal	Avaliar a tempestividade do atendimento.
Índice de Cumprimento dos Prazos	(Manifestações respondidas dentro do prazo ÷ total de manifestações respondidas) × 100.	Mensal	Monitorar o cumprimento dos prazos estabelecidos.
Índice de Resolutividade	(Manifestações concluídas ÷ total de manifestações recebidas) × 100.	Mensal	Avaliar a capacidade de solução das demandas.
Perfil das Manifestações Recebidas	Quantitativo e distribuição percentual das manifestações por classificação.	Mensal	Identificar tendências e oportunidades de melhoria.
Índice de Demandas Recorrentes	Número de manifestações referentes ao mesmo assunto ou processo.	Mensal	Identificar falhas sistêmicas e subsidiar ações corretivas.
Índice de Manifestações Reabertas	(Número de manifestações reabertas ÷ total de manifestações encerradas) × 100.	Mensal	Avaliar a efetividade das respostas apresentadas.
Índice de Satisfação do Usuário com a Ouvidoria	Pesquisa de satisfação aplicada após o encerramento da manifestação, quando possível.	Trimestral	Avaliar a percepção dos usuários quanto ao atendimento prestado.

Percentual de Implementação das Ações de Melhoria	$(\text{Ações implementadas} \div \text{ações propostas decorrentes das manifestações}) \times 100.$	Trimestral	Avaliar a utilização das manifestações para o aperfeiçoamento dos serviços.
---	--	------------	---

Observação: A avaliação da satisfação dos usuários da Ouvidoria será realizada, sempre que aplicável, após o encerramento da manifestação, por meio de instrumento padronizado, cujos resultados serão consolidados periodicamente e utilizados para subsidiar ações de melhoria contínua do serviço.

Os indicadores serão analisados em conjunto com os demais resultados institucionais, permitindo identificar causas de inconformidades, oportunidades de aperfeiçoamento dos processos de trabalho e necessidades de revisão de fluxos, protocolos ou rotinas administrativas.

Os resultados obtidos subsidiarão a elaboração de relatórios gerenciais, reuniões de análise crítica, definição de planos de ação e acompanhamento das medidas implementadas, fortalecendo a cultura de melhoria contínua, a transparência da gestão e a qualificação permanente dos serviços prestados.

Relatórios Gerenciais

A Ouvidoria elaborará relatórios gerenciais periódicos com a finalidade de consolidar as informações provenientes das manifestações recebidas, subsidiar a tomada de decisão pela gestão da Unidade, monitorar o desempenho do serviço e identificar oportunidades de melhoria dos processos assistenciais e administrativos.

Os relatórios serão elaborados a partir das informações registradas pela Ouvidoria, permitindo a análise quantitativa e qualitativa das manifestações, a identificação de tendências, recorrências, causas predominantes e setores mais demandados, bem como o acompanhamento dos indicadores de desempenho definidos para o serviço.

Am

Os relatórios gerenciais contemplarão, sempre que aplicável:

- ✓ Quantitativo de manifestações recebidas no período;
- ✓ Classificação das manifestações por natureza;
- ✓ Distribuição das manifestações por canal de atendimento;
- ✓ Distribuição das manifestações por setor envolvido;
- ✓ Acompanhamento dos prazos de resposta;
- ✓ Indicadores de desempenho da ouvidoria;
- ✓ Identificação das principais causas das manifestações;
- ✓ Análise das demandas recorrentes;
- ✓ Ações corretivas e preventivas implementadas;
- ✓ Oportunidades de melhoria identificadas;
- ✓ Recomendações para aperfeiçoamento dos processos institucionais.

Os relatórios serão utilizados como instrumento de apoio às reuniões de análise crítica da gestão, subsidiando o planejamento de ações, a revisão de fluxos operacionais, a atualização de procedimentos institucionais e o acompanhamento da efetividade das melhorias implementadas.

Sempre que identificadas situações de maior relevância assistencial, administrativa ou contratual, a Ouvidoria poderá emitir relatórios específicos destinados a subsidiar a adoção de providências pela gestão da Unidade.

Utilização das Informações para Melhoria Contínua

As informações produzidas pela Ouvidoria constituirão importante instrumento para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados, permitindo que as manifestações dos usuários sejam incorporadas ao processo permanente de avaliação institucional e de qualificação da assistência.

Os dados consolidados serão utilizados para identificar oportunidades de melhoria, fragilidades dos processos de trabalho, demandas recorrentes,

riscos operacionais e necessidades de revisão de protocolos, normas, rotinas e fluxos institucionais.

As análises produzidas pela Ouvidoria subsidiarão a elaboração de planos de ação, o monitoramento da efetividade das medidas implementadas e a avaliação dos resultados obtidos, promovendo integração com os processos institucionais de gestão da qualidade, segurança do paciente, humanização, gestão de riscos, educação permanente e demais instrumentos de governança previstos no Contrato de Gestão.

Sempre que identificadas oportunidades de aperfeiçoamento, as informações serão compartilhadas com os setores envolvidos para definição das ações corretivas, preventivas ou de melhoria, acompanhando-se posteriormente a implementação das medidas propostas e seus respectivos resultados.

A utilização sistemática das manifestações permitirá fortalecer a cultura institucional de melhoria contínua, incentivar a participação dos usuários na avaliação dos serviços e contribuir para o aprimoramento permanente da assistência prestada.

Fortalecimento do Controle Social

A Ouvidoria atuará como instrumento de fortalecimento do controle social, estimulando a participação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde e contribuindo para o aprimoramento da gestão por meio do diálogo permanente entre a população, a Unidade e a Secretaria Municipal de Saúde.

As manifestações recebidas constituirão importante fonte de informação para identificação das necessidades da população, avaliação da qualidade dos serviços prestados e aperfeiçoamento das políticas institucionais voltadas à assistência em saúde.

A atuação da Ouvidoria buscará promover transparência, acesso à informação, respeito aos direitos dos usuários e incentivo à participação cidadã, observando os princípios do Sistema Único de Saúde e as diretrizes estabelecidas pela Administração Pública.

A Contratada manterá integração com os canais oficiais disponibilizados pelo Município, contribuindo para o adequado encaminhamento das

manifestações e para a consolidação das informações necessárias ao acompanhamento da qualidade dos serviços objeto do Contrato de Gestão.

O fortalecimento do controle social será promovido, ainda, por meio da divulgação dos canais de acesso à Ouvidoria, da orientação permanente aos usuários quanto aos seus direitos e da utilização das manifestações como instrumento de avaliação e aperfeiçoamento contínuo da gestão.

A Ouvidoria atuará em articulação com os demais mecanismos de participação social existentes no Município, respeitadas as competências de cada instância.

Disposições Finais

A presente proposta de implantação da Ouvidoria estabelece as diretrizes para organização, funcionamento, monitoramento e avaliação do serviço, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, as normas aplicáveis à Administração Pública e as disposições previstas no Contrato de Gestão.

A Ouvidoria será implantada de forma integrada aos processos institucionais da Unidade, constituindo-se como instrumento permanente de comunicação com os usuários, fortalecimento do controle social, monitoramento da qualidade dos serviços e apoio à gestão, contribuindo para a transparência, a melhoria contínua dos processos e o aperfeiçoamento da assistência prestada.

Os fluxos operacionais, formulários, instrumentos de registro, procedimentos internos e demais documentos complementares poderão ser aperfeiçoados durante a execução contratual, sempre que necessário, observadas as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, a legislação vigente e as necessidades identificadas no processo de avaliação contínua dos serviços.

A Contratada compromete-se a manter a Ouvidoria em pleno funcionamento durante toda a vigência do Contrato de Gestão, assegurando mecanismos adequados para o recebimento, registro, tratamento, acompanhamento e resposta das manifestações, bem como a utilização sistemática das informações produzidas para subsidiar ações de qualificação da

assistência, aperfeiçoamento da gestão e fortalecimento da participação dos usuários.

Por fim, destaca-se que a presente proposta representa o modelo institucional inicialmente previsto para implantação da Ouvidoria, podendo sofrer aperfeiçoamentos técnicos, operacionais e procedimentais ao longo da execução contratual, desde que preservados os princípios da legalidade, eficiência, transparência, participação social, qualidade dos serviços e interesse público.

8.7 G. Proposta de Implantação de Política de Humanização

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/SMS/2026 — PROCESSO
ADMINISTRATIVO Nº 8209/2026
MUNICÍPIO DE FERRAZ DE VASCONCELOS / SP



A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública, lançada em 2003 buscando colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia

dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem como princípios estimular a comunicação entre todos os envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), na construção de processos coletivos de enfrentamento nas relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vários estudos demonstram que trabalhar em um ambiente humanizado promove relações de confiança e gera satisfação entre colaboradores e clientes.

Durante a década de 1940, a organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma definição para o termo saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência/presença de doenças ou enfermidade”. Essa definição foi responsável por ampliar a discussão sobre a sensação de bem-estar, que também pode ser promovida pela melhoria das relações interpessoais.

Os avanços tecnológicos na área médica garantem a precisão de alguns procedimentos, tornando-se uma ferramenta para o aprimoramento da qualidade técnica, mas não abrangendo uma visão integral das necessidades do ser humano. Deve-se garantir também as necessidades psicoespiritual e o desenvolvimento da empatia, que é a base da humanização hospitalar.

Nesse contexto, pode-se desenvolver valores como ética, reconhecimento e respeito. E todos os indivíduos precisam ser vistos como peças fundamentais para construção de um ambiente mais humano e empático.

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida.

Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho.

Com isso surge a tensão como uma característica decisiva deste ambiente de trabalho, ambiente no qual a equipe de saúde responsável pelo serviço de emergência vive diariamente sob pressão ocasionada pela

necessidade do ganho de tempo, pela rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte.

Os pacientes, por sua vez, encontram-se temerosos, fragilizados perante o desconhecido, ambiente e profissional, reagindo muitas vezes com agressividade. A ideia inesperada de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional dos pacientes e famílias, por vezes, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas e deparando no profissional de saúde o seu representante e o responsável por essa situação.

PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO E DISPOSITIVOS DO PNH

Fundamentação Institucional

A entidade possui sólida trajetória em gestão e operação de unidades hospitalares, destacando a busca contínua por excelência, inovação, economia e eficiência, pautada por ética, responsabilidade social e atendimento humanizado. Os profissionais são engajados em programas que valorizam a integração dos saberes e o trabalho multiprofissional, potencializando as melhores práticas de saúde e gestão.

Alinhamento ao Edital e Diretrizes do SUS/PNH

Cumprindo rigorosamente as exigências do edital, esta proposta adere aos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade) e da Política Nacional de Humanização. Todos protocolos, fluxos e rotinas serão revisados segundo os dispositivos do PNH e normas do Ministério da Saúde.

Diretrizes Operacionais da Política de Humanização

Acolhimento humanizado

- Implantação de fluxos de acolhimento nas recepções, classificação de risco, atendimento inicial e monitoramento constante do tempo de espera e satisfação dos usuários.
- Treinamento sistemático das equipes em escuta ativa, empatia, comunicação não violenta, considerando vulnerabilidade, risco, prioridades clínicas e sociais.

Promoção à Saúde e Prevenção

- Integração ativa da promoção, prevenção e educação em saúde em todos programas, campanhas, atendimentos clínicos e sociais, com ênfase nas ações coletivas, oficinas, palestras, rodas de conversa e atividades intersetoriais junto à comunidade e rede municipal.

Gestão participativa e cogestão

- Criação e manutenção de espaços coletivos de decisão como Colegiados Gestores, Grupos de Trabalho de Humanização, Câmaras Técnicas e comissões específicas contemplando trabalhadores, gestores e usuários.
- Todos os profissionais e usuários serão incluídos na formulação, avaliação, pactuação e acompanhamento dos processos de trabalho e resultados.

Ambiência e segurança

- Planejamento e avaliação compartilhada do espaço físico das unidades, contemplando ambientes harmoniosos, confortáveis, seguros, acessíveis e que respeitem as diversidades. Não será admitida paralisia dos serviços por falta de insumos ou recursos.

Integração das equipes e interdisciplinaridade

- Estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, com protocolos claros e rotinas por níveis de qualificação, promovendo diálogos interdisciplinares e partilha de saberes.
- Articulação permanente com Atenção Primária, hospitais de referência e demais serviços regionais, garantindo contrarreferenciamento efetivo e continuidade do cuidado.

Clínica ampliada e apoio matricial

- Implementação de abordagens integrativas valorizando recursos de diferentes especialidades para análise abrangente dos casos, promovendo autonomia, corresponsabilidade e singularidade no cuidado.

Valorização dos funcionários

- Elaboração e manutenção de programas permanentes de desenvolvimento humano (cursos, capacitações, educação continuada, oficinas temáticas).
- Pesquisa periódica de clima organizacional e uso estratégico das informações para aprimorar práticas.
- Normas claras para seleção de pessoal, contrato de trabalho, avaliação de desempenho, incentivo ao protagonismo, combate ao absenteísmo, valorização dos resultados e reconhecimento público de conquistas.
- Promoção de ambiente seguro, saudável, com políticas de saúde ocupacional, prevenção de riscos, monitoramento de acidentes, fornecimento de EPIs, avaliação e suporte multidisciplinar.
- Participação ativa dos trabalhadores e equipes em espaços coletivos de gestão, incentivo à autonomia, intervenções frente ao sofrimento/adoecimento e suporte para fortalecimento social, físico e mental.

Defesa dos direitos dos usuários

- Divulgação dos direitos, canais de ouvidoria SUS, respeito ao consentimento, privacidade e confidencialidade.
- Garantia de atendimento priorizado para populações vulneráveis (crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, vítimas de violência) e respeito à diversidade humana e cultural.

Promoção à saúde e ações educativas

- Promoção contínua da saúde por meio de campanhas, palestras, oficinas educativas, sensibilização intersetorial, ações

integradas com Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e participação da comunidade.

- Implementação de estratégias inovadoras, incluindo teleassistência, trabalho em redes, monitoramento de pacientes crônicos e educação em saúde digital conforme regras vigentes.

Monitoramento, Avaliação e Transparência

- Implantação de indicadores de qualidade: tempo médio de espera, resolutividade de queixas, níveis de satisfação, índices de mortalidade evitável, absenteísmo, conformidade de protocolos.
- Pesquisa de satisfação trimestral dos usuários e funcionários.
- Relatórios quadrimestrais de indicadores assistenciais, financeiros, de gestão e recursos humanos, amplamente divulgados à comunidade, gestores e instâncias de controle social.

Sustentabilidade, Responsabilidade Social e Inovação

- Compromisso com práticas sustentáveis, formação técnica, responsabilidade social na integração das equipes, promoção da cidadania, minimização de impactos ambientais e alinhamento permanente com legislações vigentes.
- Incentivo e engajamento em projetos inovadores, telemedicina, plataformas digitais, rede HumanizaSUS, expandindo o alcance das práticas de humanização e integração dos saberes

O Cuidado Humanizado e o Serviço de Emergência

Considerando a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e a busca pela manutenção da vida, planejar os cuidados contribui para as práticas no cotidiano de trabalho. Inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se desenvolva a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecendo-lhes incentivos ao comprometimento

com a qualidade do cuidado e envolvê-los numa nova atitude frente às demandas cotidianas.

Uma estratégia é desenvolver uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança garantindo uma relação harmônica e cuidadosa. Ao se desenvolver esta ideia, sinalizam-se a empatia, a congruência e o calor, como características para o alcance da ajuda-confiança.

Desenvolver a empatia para alcançar sintonia com o outro (paciente) e estimular a expressão de aceitação através da linguagem corporal aberta, do toque afetivo e do tom de voz utilizado faz toda diferença na qualidade do cuidado. Tratando-se de pacientes infantis, o desenvolvimento do sentimento de ajuda-confiança torna-se ainda mais necessário ao cuidado. A construção da confiança nas relações com esse público, a demonstração de carinho e a informação clara frente a procedimentos faz toda a diferença para aceitação e continuidade da assistência.

Provisão de ambiente de Apoio à Família

Promover a construção de um espaço, embora breve, de acolhimento para os familiares, normalmente indivíduos ocultos neste cenário aflitos por informação e atenção também se faz necessário, garantindo confiança e respeito às necessidades individuais de cada um.

Proporcionar momentos aos familiares com os seus entes queridos mesmo que de forma programada e com horários pré-estabelecidos também são formas de ferramentas de humanização, do mesmo modo, durante o transporte do enfermo para exames na transferência para outra unidade, ou até na própria sala de emergência, quando possível.

Na relação entre cura, "enquanto os fatores curativos objetivam curar a doença do paciente, os fatores de interesse objetivam o processo de atenção que ajuda a pessoa a atingir ou manter a saúde, ou, morrer em paz". Neste sentido, a atenção terapêutica à família é fator a ser investido pelos cuidados da equipe multiprofissional dentro do atendimento hospitalar.

Basear-se de uma relação afetiva com o paciente e familiares para promover a integralidade e humanização do cuidado, qualifica o atendimento

garantindo uma assistência mais completa à saúde, para além de um bem-estar físico.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrando as necessidades sociais de saúde, dos usuários e de seus trabalhadores. O compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento se faz necessário respeitando os diferentes níveis de complexidade de atendimento.

Outro compromisso é quanto à chegada do paciente no serviço de saúde. Quando o paciente é acolhido e encaminhado para atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, a situação de superlotação dos serviços pode ser agravada, bem como a sua situação atual de saúde-doença.

Nos serviços de PS, o acolhimento com classificação de risco (ACR) é colocado como uma das diretrizes específicas da PNH. É caracterizado por acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

Diminuição a exposição de ruídos no ambiente hospitalar

Outro fator para melhoria da assistência é diminuir a exposição de ruídos no ambiente de trabalho que é apontada como fator de diminuição da concentração, irritabilidade e estresse para os profissionais que atuam em unidades hospitalares. Esse fator tem sido associado à circulação de pessoas, tonalidades de voz entre equipe de trabalho, presença de equipamentos médicos hospitalares com alarmes altos, comportamento laboral ruidoso como o fechamento de portas, gavetas, armários, etc.

Na rotina de trabalho e estresse gerado muitas vezes pelo tipo de assistência prestado ao paciente, pode ter influência negativa prejudicando a execução no resultado das atividades dos profissionais e afetar a comunicação oral entre eles.

A exposição a ruídos no ambiente, por um longo período, além de determinar comprometimentos físicos, mentais e sociais no indivíduo, pode contribuir para a existência de erros humanos decorrentes da compreensão

equivocada de palavras ou frases, acidentes de trabalho, erros de procedimentos, doenças ocupacionais e outros agravos à saúde do profissional, ou seja, a condição de trabalho pode oferecer riscos à segurança das pessoas, tanto dos profissionais quanto dos próprios pacientes.

Deverão ser implantadas medidas e ações para a redução do ruído no local contando com a participação efetiva dos profissionais para favorecer o direcionamento de ações ao nível individual e coletivo.

Estratégias de Defesa utilizadas em Unidades de Pronto Atendimento

O trabalho é uma atividade importante para os seres humanos, servindo para obtenção de prazer, riqueza, acúmulo de bens materiais, dentre outros.

Entretanto, também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, estresse e, em consequência, resultar em agravos à saúde e até ocasionar a morte do trabalhador. Nesse contexto, o trabalhador lida com múltiplas situações, entre elas: número reduzido de funcionários, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos e relacionamento conturbado com familiares. Essas experiências no cotidiano laboral podem interferir na vida social e emocional do trabalhador, pois trazem consigo sentimentos de sobrecarga e sofrimento.

Nesse cenário, os trabalhadores têm um contato com o paciente e seus familiares, lidam com a morte e processo de luto da família e com o sofrimento dos pacientes. O sofrimento desses profissionais diante da dor do outro é tão significativo que, se não forem encontradas formas de enfrentá-lo, o profissional poderá não ser capaz de desenvolver suas atividades rotineiras e pode vir a adoecer.

As estratégias de defesa são meios utilizados, pelo trabalhador, para proteger-se do sofrimento; podem surgir frente a situações rotineiras e são vistas como uma maneira de não deixar que a assistência ao indivíduo influencie a vida do profissional fora da unidade hospitalar. Para compreender esses sentimentos, é importante considerar que o profissional e o paciente são seres humanos, o

que resulta em uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com contato direto com as vivências de sofrimento.

Estratégias de defesa nesse contexto são importantes. O diálogo entre a equipe e o paciente deverá ser constante como estratégia de enfrentamento e minimização do sofrimento. Nesse sentido, o diálogo oportuniza a compreensão mútua sobre os sentimentos vivenciados. Assim, essa verbalização, expressão dos sentimentos e desabafo, gera alívio, diminuindo a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado.

As estratégias de defesa são necessárias para a proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento. Criar espaços de escuta em grupo, nas instituições de atuação dos profissionais, para que possam se expressar e buscar coletivamente estratégias para enfrentamento das adversidades no cotidiano laboral.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO tem como sua visão, ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização, apoiado por valores como respeito e empatia, direcionados aos nossos colaboradores, pacientes e familiares.

A nossa missão é de promover a qualidade de vida e o bem estar social e da comunidade.

Para sustentar e atingir nossa proposta de valor, acreditamos que ações de desenvolvimento de nossos líderes, educação permanente e continuada de nossas equipes, manutenção de clima organizacional amistoso e profissional, implantação de tecnologia de ponta, aliados a um ambiente limpo, visualmente equilibrado, com ventilação, iluminação e nível de ruídos adequados, assim promoveremos um elevado nível de atendimento humanizado e moderno. Tudo isso, somado às melhorias arquitetônicas, como pintura interna e externa, jardinagem, painéis informativos, mobiliário ergonômico entre outros, promovendo uma significativa melhora na qualidade do atendimento humanizado do SUS, percebida pela comunidade.

Observações:

Todas as ações aqui descritas terão acompanhamento contínuo, alinhamento aos protocolos institucionais e participação ativa dos usuários e trabalhadores.

Revisões periódicas garantirão evolução e ajustamento do plano conforme os resultados, demandas e diretrizes municipais/SUS.

MÓDULO 1: DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Desenvolvimento Metodológico com foco no SUS e na Realidade Municipal

1.1. Alinhamento Estratégico e Metodologia Operacional

A execução da Política Nacional de Humanização (PNH) nas unidades de Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família (Lote I) funcionará como um motor de transformação cultural dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) de Ferraz de Vasconcelos, em estrita conformidade com o caput do artigo 37 da Constituição Federal (Princípio da Eficiência).

Tríplice Inclusão Ativa: As ferramentas de gestão e atenção serão pactuadas de forma horizontalizado, unindo no mesmo nível de decisão os profissionais da linha de frente (trabalhadores), os cidadãos assistidos (usuários e famílias) e as lideranças administrativas (gestores da OS e da Secretaria de Saúde).

Gestão de Conflitos e Inquietações: O método assume que as divergências e ruídos cotidianos não são falhas, mas sim o combustível essencial para gerar novos modos de organização laboral. Reuniões de equipe e rodas de conversa quinzenais serão utilizadas para processar queixas administrativas e redesenhar rotinas de trabalho.

1.2. Princípios Norteadores da Política Nacional de Humanização

A Política Institucional de Humanização será desenvolvida em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), orientando todas as ações assistenciais, administrativas e de gestão da Organização Social. Esses princípios fundamentam a construção de um

ambiente de trabalho colaborativo, ético, participativo e centrado nas necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a qualidade da assistência e a valorização das pessoas envolvidas no processo de cuidado.

I – Transversalidade

A transversalidade consiste na ampliação da comunicação e da integração entre os diversos profissionais, equipes, gestores, usuários e demais atores envolvidos na prestação dos serviços de saúde. Busca romper barreiras hierárquicas e setoriais, favorecendo o diálogo permanente, a troca de conhecimentos, a atuação interdisciplinar e a construção coletiva de soluções para os desafios assistenciais e organizacionais. Por meio desse princípio, incentiva-se a cooperação entre as diferentes áreas da instituição, fortalecendo processos de trabalho mais integrados, resolutivos e humanizados.

II – Indissociabilidade entre Atenção e Gestão

A atenção à saúde e a gestão dos serviços constituem processos inseparáveis e complementares. A qualidade do cuidado prestado aos usuários depende diretamente da eficiência da gestão, da organização dos processos de trabalho, da participação das equipes e do adequado planejamento institucional. Assim, todas as decisões gerenciais deverão considerar seus impactos na assistência, enquanto as práticas assistenciais deverão contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da gestão, assegurando a integralidade do cuidado, a eficiência administrativa e a melhoria permanente dos serviços ofertados.

III – Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia

A Política Institucional promoverá o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos usuários, trabalhadores e gestores, reconhecendo-os como sujeitos ativos na construção do cuidado e na gestão dos serviços de saúde. Serão incentivadas práticas que fortaleçam a participação coletiva, o compartilhamento de responsabilidades, o respeito às singularidades, a valorização das iniciativas individuais e coletivas e a tomada de decisões de forma participativa. Esse princípio contribui para o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários, amplia a confiança nas relações institucionais e

favorece a construção de uma cultura organizacional baseada na ética, no respeito, na cooperação e na corresponsabilização pelos resultados alcançados.

1.3. Aplicação Prática das Diretrizes nos Serviços Contratados

A. Acolhimento e Gestão de Fluxos

Na Atenção Básica (Lote I): Implantação de escuta qualificada na recepção com avaliação de vulnerabilidade e risco para garantir atendimento resolutivo, oportuno e prioritário por gravidade (e não por ordem de chegada). O fluxo de registros e documentos respeitará estritamente a privacidade do usuário e os seus direitos legais (informação transparente sobre o estado clínico e escolha de sua rede de apoio afetivo).

B. Ambiência e Conforto nos Equipamentos Públicos

Análise de Infraestrutura: A partir da Visita Técnica obrigatória realizada nas unidades de saúde (ou assumida sob responsabilidade total da Organização Social), a equipe técnica apresentará propostas de adequação do espaço físico.

Espaços de Encontro: O projeto arquitetônico e o uso dos ambientes focarão na criação de salas de espera acolhedoras, manutenção predial contínua (coberta pelo custeio global do edital) e consultórios que assegurem total privacidade e conforto aos usuários e profissionais.

C. Clínica Ampliada e Compartilhada

Abordagem Multidisciplinar: Análise do adoecimento além do fator puramente biológico e orgânico, integrando aspectos afetivos, sociais e subjetivos na condução dos tratamentos.

Decisões Pactuadas: Fortalecimento do diálogo interdisciplinar entre médicos, enfermeiros e psicólogos, estimulando a autonomia do usuário no cuidado de si.

MÓDULO 2: GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E COMBATE AO ABSENTEÍSMO

A política de gestão de pessoas adota o modelo de Desenvolvimento Baseado em Valor, com foco na valorização do trabalhador (PNH) e no

cumprimento rigoroso de todas as obrigações legais (CLT e Piso Nacional da Enfermagem — Lei 14.434/2022).

2.1. Seleção, Ingresso e Desenvolvimento de Pessoal

Processo Seletivo Público: Editais abertos, transparentes e baseados em critérios técnicos, contendo provas de títulos, avaliações práticas e análise de competências comportamentais voltadas à humanização.

Política contra o Nepotismo: Exigência de declaração formal de ausência de vínculo familiar ou de parentesco com dirigentes da OS ou detentores de cargos em comissão e funções de confiança na Administração Pública Municipal.

Contratação Médica via Pessoa Jurídica: Critério estrito de validação cadastral junto ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), garantindo a regularidade jurídica das prestadoras de serviço e valores compatíveis com o mercado de saúde pública.

2.2. Monitoramento de Clima e Avaliação de Desempenho

Pesquisa de Clima Organizacional: Aplicação semestralizada através do Índice Maslach de Burnout (MBI) para mapear o esgotamento laboral nas equipes da ESF.

Gestão de Feedbacks: Reuniões individuais trimestrais baseadas nas metas fixadas para o cumprimento dos parâmetros de desempenho assistencial do contrato.

2.3. Plano de Enfrentamento ao Absenteísmo

Acompanhamento Epidemiológico: Centralização dos dados de atestados médicos pelo SESMT da OS para identificar as principais causas de afastamento (fatores osteomusculares ou de saúde mental) e intervir preventivamente.

Suporte à Saúde do Trabalhador: Encaminhamento imediato de profissionais sob risco de adoecimento para acolhimento psicológico e readaptação funcional temporária quando necessário.

Escalas Espelhadas de Contingência: Desenho de escalas de trabalho com previsão de plantonistas de cobertura imediata para assegurar o dimensionamento mínimo do edital e evitar a sobrecarga das equipes de plantão.

MÓDULO 3: ESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO

3.1. Comissão de Humanização

Finalidade Institucional: Atuar como um órgão consultivo e deliberativo interno para acompanhar, fiscalizar e sugerir melhorias nos fluxos assistenciais, na ambiência das unidades e na relação entre servidores e pacientes.

Regimento Interno: Reuniões ordinárias mensais e extraordinárias em caso de intercorrências graves na qualidade do atendimento. Lavratura obrigatória de atas circunstanciadas de todas as sessões, que serão integradas às prestações de contas trimestrais enviadas à Secretaria Municipal de Saúde.

MÓDULO 4: OPERAÇÃO, LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS

4.1. Sistema de Recebimento, Inspeção e Armazenamento

- **Conferência Cega:** Todo insumo ou medicamento entregue passará por conferência quantitativa e qualitativa contra a nota fiscal por um funcionário do almoxarifado independente do setor de compras.

- **Critério de Rastreabilidade e Validade:** Adoção estrita da metodologia PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai) ou PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai) para evitar perdas de estoque por decurso de prazo.

- **Controle Ambiental:** Monitoramento diário e registro em planilha dos níveis de temperatura (15°C a 25°C) e umidade (máximo 70%) do almoxarifado geral e das salas de farmácia, além da cadeia de frio (2°C a 8°C) para imunobiológicos e medicamentos termolábeis.

4.2. Controle de Estoque Mínimo e Ressuprimento

- **Estoque de Segurança (Ponto de Pedido):** Definição automatizada via sistema ERP do nível mínimo de segurança para cada item, correspondente ao consumo médio de 15 dias de operação somado ao tempo de entrega do fornecedor.

- **Inventários Periódicos:** Realização de inventários rotativos semanais por amostragem e inventário geral físico no último dia útil de cada mês para conciliação contábil com o Plano Orçamentário e de Custeio.

4.3. Gestão Patrimonial e Inventário de Bens

- **Tombamento e Identificação:** Todos os bens móveis e equipamentos recebidos por meio do Termo de Permissão de Uso (Anexos VIII e IX do edital) ou adquiridos pela OS receberão plaqueta metálica ou etiqueta com código de barras de identificação patrimonial.

- **Plano de Manutenção Preventiva e Calibração:** Cronograma anual de calibração para equipamentos biomédicos críticos (desfibriladores, esfigmomanômetros, autoclaves), em conformidade com as normas da ABNT e fiscalização da Secretaria de Saúde.

MÓDULO 5: FLUXO DE LIMPEZA, HIGIENIZAÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES

A rotina de higienização visa a quebra da cadeia de transmissão de microrganismos nos ambientes de saúde e nas viaturas móveis de urgência.

5.1. Classificação das Áreas e Frequência de Limpeza

- **Áreas Críticas (Salas de Emergência, Salas de Vacina e Curativos):** Limpeza concorrente a cada troca de plantão ou imediatamente após cada procedimento assistencial. Limpeza terminal programada semanalmente ou após procedimentos com alta dispersão de fluidos biológicos.

- **Áreas Semicríticas (Consultórios Médicos, Salas de Espera, Farmácia):** Limpeza concorrente duas vezes ao dia (manhã e tarde) e limpeza terminal quinzenal.

- **Áreas Não Críticas (Administrativo, Almoxarifado, Copa):** Limpeza concorrente diária e limpeza terminal mensal.

5.2. Técnicas de Higienização e Produtos Padronizados

- **Técnica dos Dois Baldes:** Uso obrigatório de baldes com cores distintas (um para solução desinfetante e outro para água limpa de enxágue) com aplicação de mop plano, vedando o uso de vassouras secas para evitar a suspensão de poeira e patógenos no ar.

- **Desinfecção Química Própria:** Utilização de álcool a 70% para superfícies de equipamentos e mobiliários e Hipoclorito de Sódio a 1% para desinfecção de pisos em áreas críticas com presença de matéria orgânica (sangue ou secreções), respeitando o tempo de contato técnico de 10 minutos.

MÓDULO 6: NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)

O NEPS funcionará integrado à Comissão de Humanização, gerando capacitação com base na realidade vivida nas unidades do município.

6.1. Constituição e Composição

- **Membros Permanentes:** 01 Coordenador Pedagógico (Enfermeiro ou Assistente Social com especialização em Saúde Coletiva), 01 Representante Médico da ESF/ e 01 Representante Técnico de Enfermagem.

- **Finalidade:** Formar trabalhadores técnica e politicamente, tornando-os agentes multiplicadores de novas realidades assistenciais no SUS de Ferraz de Vasconcelos.

6.2. Regimento de Operação e Linha Pedagógica

- **Metodologia Formação-Intervenção:** Os cursos e treinamentos não serão meramente teóricos. Eles partirão de estudos de caso e de dificuldades reais de faturamento, dispensação de farmácia e atendimento clínico coletados no próprio serviço.

- **Periodicidade:** Atividades formativas mensais descentralizadas por unidade de saúde.

6.3. Cronograma Anual de Capacitações NEPS

- **Mês 01:** Integração Institucional: Metas do Contrato e Diretrizes da PNH (Público: 100% dos Colaboradores).
- **Mês 03:** Protocolo de Classificação de Risco e Manejo do Prontuário Clínico (Público: Equipe Médica e Enfermagem).
- **Mês 05:** Rotinas Administrativas, Regulação de Vagas e Faturamento SUS (Público: Faturamento e Recepção).
- **Mês 07:** Gestão de Almoxarifado, Farmácia e Logística de Insumos Críticos (Público: Farmácia e Logística).
- **Mês 09:** Atendimento Humanizado em Situações de Urgência e Emergência
- **Mês 11:** Atualização em Práticas Integrativas e Clínica Ampliada na Rede de Saúde (Público: Médicos e Enfermeiros ESF).

MÓDULO 7: OUVIDORIA E SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)

Canal aberto para monitorar a qualidade do serviço prestado e capturar as percepções dos cidadãos, servindo como auditoria social.

7.1. Implantação da Ouvidoria Local

- **Canais de Acesso:** Instalação física de urnas de manifestação nas recepções, além de disponibilização de QR Codes impressos nas fichas de atendimento para acesso ao formulário digital.
- **Fluxo de Tratamento de Queixas:** Todas as demandas serão registradas e classificadas em: Elogio, Sugestão, Reclamação ou Denúncia. O prazo máximo para resposta ao usuário ou encaminhamento à Secretaria de Saúde será de até 5 dias úteis.

7.2. Metodologia da Pesquisa de Satisfação (Pesquisa Net Promoter Score — NPS)

- **Coleta Aleatória Mensal:** Realização de entrevistas por amostragem telefônica ou digital com usuários atendidos nos últimos 15 dias na ESF.

- **Indicadores Avaliados:** Tempo de espera para atendimento, cordialidade da equipe, resolutividade médica, limpeza/higiene do ambiente e clareza nas informações sobre direitos.
- **Retroalimentação Contínua:** Os índices mensais de satisfação do usuário comporão os relatórios trimestrais entregues à Comissão de Avaliação e Fiscalização do Município. Resultados abaixo da meta dispararão auditorias imediatas da Comissão de Humanização para readequação dos manuais de rotinas assistenciais.

MÓDULO 8: DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

A Instituição assegurará a defesa e a promoção dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observando os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da universalidade, da equidade, da integralidade da assistência e da humanização do cuidado. Todas as ações assistenciais e administrativas serão desenvolvidas de forma a garantir atendimento ético, acolhedor, seguro, resolutivo e livre de qualquer forma de discriminação, fortalecendo o exercício da cidadania e a participação ativa do usuário no processo de cuidado.

Para a efetivação desses direitos, a Organização Social adotará as seguintes diretrizes:

I – Respeito à dignidade da pessoa humana

Garantir atendimento pautado no respeito à vida, à integridade física e emocional, à individualidade, às diferenças culturais, religiosas, étnicas, sociais, de gênero, orientação sexual, idade e demais características pessoais, assegurando tratamento digno, respeitoso e humanizado em todas as etapas da assistência.

II – Direito à informação

Assegurar ao usuário e, quando cabível, ao seu representante legal ou familiar, o acesso a informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, diagnóstico, exames, tratamentos, riscos, benefícios,

alternativas terapêuticas e continuidade do cuidado, possibilitando a tomada de decisões de forma consciente e esclarecida.

III – Direito ao acompanhante e à visita

Garantir o direito à presença de acompanhante e à visita, sempre que previsto na legislação vigente ou indicado pelas condições clínicas do paciente, promovendo o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais como elemento integrante da assistência humanizada.

IV – Privacidade, confidencialidade e sigilo

Assegurar a privacidade durante consultas, exames e procedimentos, bem como a confidencialidade das informações constantes dos prontuários e demais registros assistenciais, observando a legislação aplicável, as normas éticas dos conselhos profissionais e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD).

V – Participação ativa no processo terapêutico

Estimular a participação do usuário e de sua família na construção do plano terapêutico, respeitando sua autonomia, preferências, valores e decisões, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado e o fortalecimento do vínculo entre equipe assistencial e usuário.

VI – Acesso aos canais de participação e ouvidoria

Disponibilizar mecanismos permanentes de escuta qualificada, ouvidoria, pesquisa de satisfação, recebimento de sugestões, elogios, reclamações e denúncias, assegurando resposta tempestiva, transparência, confidencialidade e utilização das manifestações como instrumento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

VII – Atendimento livre de discriminação

Garantir que nenhum usuário seja submetido a tratamento discriminatório em razão de raça, cor, etnia, nacionalidade, origem, condição socioeconômica, deficiência, idade, religião, identidade de gênero, orientação sexual, condição clínica ou qualquer outra forma de discriminação, assegurando igualdade de acesso e de tratamento em todos os serviços oferecidos.

VIII – Direito ao acolhimento humanizado

Todo usuário será acolhido com escuta qualificada, respeito às suas necessidades, classificação de risco quando aplicável e encaminhamento responsável para a assistência mais adequada, garantindo atendimento resolutivo, contínuo e integrado à Rede de Atenção à Saúde.

IX – Transparência e controle social

A Instituição incentivará a participação dos usuários nos mecanismos de avaliação dos serviços, pesquisas de satisfação, conselhos e demais espaços de participação social, reconhecendo o cidadão como protagonista na construção de um sistema de saúde mais eficiente, democrático e humanizado.

MÓDULO 9: GESTÃO PARTICIPATIVA E COLEGIADO GESTOR

A gestão participativa constitui um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), fundamentando-se na corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores, usuários e comunidade na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela Organização Social. A participação coletiva fortalece a transparência, amplia o compromisso institucional com os resultados assistenciais e favorece a melhoria contínua dos processos de trabalho.

8.1. Objetivos

O Colegiado Gestor tem por finalidade:

- fortalecer a gestão democrática e participativa;
- promover a integração entre atenção, gestão e controle social;
- ampliar os espaços de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários;
- contribuir para a resolução compartilhada dos problemas institucionais;
- acompanhar o desempenho dos serviços e dos indicadores institucionais;
- propor melhorias nos processos assistenciais e administrativos.

8.2. Composição

O Colegiado Gestor será constituído por representantes da gestão, coordenações técnicas, equipes multiprofissionais, Comissão de Humanização, Núcleo de Educação Permanente, Ouvidoria e representantes dos usuários, sempre que possível.

8.3. Funcionamento

O Colegiado reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário, registrando suas deliberações em ata e acompanhando a execução das ações pactuadas.

MÓDULO 10: Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** constitui uma estratégia assistencial prevista na Política Nacional de Humanização (PNH), voltada à organização do cuidado integral e compartilhado para usuários que apresentem necessidades de saúde complexas, condições crônicas, vulnerabilidade biopsicossocial, múltiplas comorbidades ou situações que demandem acompanhamento interdisciplinar contínuo.

A Organização Social adotará o PTS como instrumento de planejamento, coordenação e monitoramento do cuidado, promovendo a integração entre os diferentes profissionais da equipe multiprofissional e os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua elaboração observará as necessidades individuais do usuário, respeitando sua autonomia, seus valores, contexto familiar e social, bem como os princípios da integralidade, equidade, humanização e corresponsabilização pelo cuidado.

Objetivos

O Projeto Terapêutico Singular tem por objetivos:

- assegurar assistência integral, humanizada e centrada nas necessidades do usuário;
- fortalecer a atuação interdisciplinar e a integração entre os profissionais da equipe de saúde;

lrm

- promover a corresponsabilização dos profissionais, do usuário e de seus familiares ou responsáveis no processo terapêutico;
- ampliar a resolutividade dos casos por meio do planejamento compartilhado das intervenções;
- reduzir a fragmentação do cuidado, garantindo continuidade assistencial entre os diferentes níveis de atenção;
- favorecer a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde, quando aplicável;
- qualificar a tomada de decisão clínica por meio da discussão coletiva dos casos;
- estimular a autonomia do usuário no autocuidado e na adesão ao tratamento;
- fortalecer a articulação intersetorial quando identificadas demandas sociais, educacionais ou de outras políticas públicas.

Desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular

A elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular compreenderão, no mínimo, as seguintes etapas:

I – Avaliação Multiprofissional

Realização de avaliação clínica, funcional, psicossocial e familiar por equipe multiprofissional, identificando necessidades, potencialidades, fatores de risco, vulnerabilidades e prioridades assistenciais.

II – Definição Compartilhada dos Objetivos Terapêuticos

Estabelecimento de metas terapêuticas claras, factíveis e mensuráveis, construídas conjuntamente entre os profissionais envolvidos, o usuário e, quando pertinente, seus familiares ou responsáveis.

III – Elaboração do Plano Individual de Cuidados

Definição das ações assistenciais, educativas, preventivas e de reabilitação necessárias ao atendimento integral do usuário, contemplando

intervenções clínicas, de enfermagem, psicológicas, sociais, farmacêuticas e demais áreas pertinentes.

IV – Definição das Responsabilidades

Identificação das atribuições de cada profissional da equipe, bem como das responsabilidades do usuário e de sua rede de apoio, assegurando a coordenação e a continuidade do cuidado.

V – Participação do Usuário e da Família

Garantia da participação ativa do usuário e, quando cabível, de seus familiares ou responsáveis, respeitando sua autonomia, preferências, valores e direitos, fortalecendo o vínculo terapêutico e a corresponsabilização pelo tratamento.

VI – Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

Sempre que necessário, o Projeto Terapêutico Singular contemplará a integração com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, bem como com equipamentos da assistência social, educação e demais políticas públicas, assegurando continuidade do cuidado e adequada referência e contrarreferência.

VII – Monitoramento e Reavaliação Periódica

O Projeto Terapêutico Singular será acompanhado continuamente pela equipe responsável, mediante reuniões periódicas para avaliação dos resultados alcançados, revisão das metas terapêuticas, adequação das condutas e atualização do plano de cuidados, sempre que houver mudanças nas condições clínicas ou sociais do usuário.

Critérios para Implantação

O Projeto Terapêutico Singular será priorizado para usuários que apresentem, entre outras situações:

- condições crônicas de alta complexidade;
- multimorbidades;
- pacientes com elevado risco clínico ou social;

- pessoas com deficiência que demandem acompanhamento interdisciplinar;
- transtornos mentais persistentes;
- usuários em cuidados paliativos;
- situações de vulnerabilidade social relevante;
- casos acompanhados simultaneamente por diferentes profissionais ou serviços da Rede de Atenção à Saúde.

A implementação do Projeto Terapêutico Singular deverá ser devidamente registrada no prontuário do usuário, permitindo a rastreabilidade das ações, o acompanhamento da evolução clínica e a avaliação dos resultados assistenciais, contribuindo para a qualificação do cuidado e para a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apoio Matricial

O **Apoio Matricial** constitui uma estratégia técnico-assistencial prevista na Política Nacional de Humanização (PNH) e nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde, destinada a fortalecer a integração entre equipes, ampliar a capacidade resolutiva dos serviços e qualificar o cuidado por meio da atuação interdisciplinar e da construção compartilhada do conhecimento.

A Organização Social adotará o Apoio Matricial como instrumento permanente de suporte técnico-pedagógico às equipes assistenciais, promovendo a integração entre a Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Especialidades, Vigilância em Saúde, , serviços especializados e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), respeitando as necessidades locais e a organização da rede municipal.

O Apoio Matricial não substitui o cuidado prestado pelas equipes de referência, mas atua de forma complementar, fortalecendo a corresponsabilização entre os profissionais, qualificando a tomada de decisão clínica e ampliando a resolutividade dos casos, especialmente daqueles de maior complexidade.

Objetivos

O Apoio Matricial tem por objetivos:

- qualificar o cuidado interdisciplinar e interprofissional;
- ampliar a capacidade resolutiva das equipes da Atenção Primária à Saúde;
- reduzir encaminhamentos desnecessários para serviços especializados;
- fortalecer a coordenação do cuidado pela Atenção Primária;
- integrar os diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- promover educação permanente em serviço por meio da troca de experiências e conhecimentos;
- favorecer a construção compartilhada dos projetos terapêuticos;
- apoiar a elaboração e o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- estimular a corresponsabilização entre as equipes envolvidas;
- melhorar a continuidade e a integralidade da assistência prestada aos usuários.

Metodologia de Desenvolvimento

O Apoio Matricial será desenvolvido mediante ações sistemáticas de cooperação técnica entre as equipes, compreendendo, entre outras atividades:

I – Discussão Compartilhada de Casos

Realização de reuniões periódicas para análise interdisciplinar de casos clínicos complexos, definição de condutas assistenciais e construção compartilhada das estratégias terapêuticas.

II – Consultorias Técnico-Assistenciais

Disponibilização de suporte especializado às equipes de referência para esclarecimento de dúvidas técnicas, definição de fluxos assistenciais e orientação quanto ao manejo clínico dos usuários.

III – Atividades de Educação Permanente

Promoção de capacitações, oficinas, estudos de caso, rodas de conversa e outras estratégias educativas voltadas ao aperfeiçoamento contínuo das equipes, considerando as demandas identificadas na prática assistencial.

IV – Construção Compartilhada do Cuidado

Planejamento conjunto das intervenções assistenciais entre profissionais das diferentes áreas, fortalecendo a integração interdisciplinar e garantindo cuidado centrado nas necessidades do usuário.

V – Integração com a Rede de Atenção à Saúde

Articulação entre os diversos serviços da rede municipal para assegurar fluxos de referência e contrarreferência, continuidade do cuidado e acompanhamento integrado dos usuários.

Reuniões Matriciais

As reuniões de Apoio Matricial serão realizadas periodicamente, conforme cronograma institucional, podendo ocorrer de forma ordinária ou extraordinária, conforme a necessidade dos serviços.

Participarão dessas reuniões profissionais das diferentes categorias que compõem a Rede de Atenção à Saúde, incluindo, sempre que pertinente:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Psicólogos;
- Assistentes sociais;
- Farmacêuticos;
- Fisioterapeutas;
- Terapeutas ocupacionais;
- Nutricionistas;
- Equipes de saúde bucal;
- Gestores e coordenadores das unidades;
- Outros profissionais envolvidos no cuidado.

lam

Monitoramento e Avaliação

A efetividade do Apoio Matricial será acompanhada por meio de indicadores institucionais, incluindo, entre outros:

- número de reuniões matriciais realizadas;
- número de casos discutidos;
- percentual de participação das equipes;
- redução de encaminhamentos evitáveis;
- tempo de resposta às solicitações de apoio matricial;
- satisfação das equipes participantes;
- impacto na resolutividade da Atenção Primária;
- acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) apoiados.

Os resultados serão analisados periodicamente pela Comissão de Humanização, pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e pelo Colegiado Gestor, subsidiando a revisão dos processos de trabalho, a qualificação das equipes e a melhoria contínua da assistência prestada.

MÓDULO 11 – PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

11.1. Plano de Implantação

A implantação da Política Institucional de Humanização será realizada de forma planejada, gradual e contínua, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), as necessidades do Município de Ferraz de Vasconcelos, as exigências do Contrato de Gestão e as metas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O processo será desenvolvido por etapas integradas, contemplando diagnóstico institucional, estruturação da governança, capacitação das equipes, implantação dos dispositivos da PNH, monitoramento dos indicadores e

avaliação permanente dos resultados, assegurando a efetiva incorporação da humanização aos processos assistenciais e administrativos.

Todas as ações serão coordenadas pela Comissão de Humanização, pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), pelas Coordenações Técnicas e pela Diretoria da Organização Social, com participação ativa dos trabalhadores, gestores, usuários e representantes do controle social.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO				
ETAPA	PERÍODO	PRINCIPAIS ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PRODUTOS ESPERADOS
 Fase 1 – Diagnóstico Institucional	 1º mês	- Levantamento dos processos existentes; - diagnóstico da ambiência; avaliação dos fluxos assistenciais; - identificação das necessidades de humanização; - análise dos indicadores iniciais; - escuta de trabalhadores e usuários.	 Diretoria, Comissão de Humanização, Coordenações	 Relatório Diagnóstico e Plano Inicial de Implantação.
 Fase 2 – Estruturação da Governança	 1º ao 2º mês	- Instituição da Comissão de Humanização; - constituição do Colegiado Gestor; - definição do regimento interno; - designação de responsáveis.	 Diretoria, Comissão de Humanização	 Comissão implantada e Colegiado Gestor em funcionamento.
 Fase 3 – Capacitação das Equipes	 2º ao 3º mês	- Capacitação sobre PNH; acolhimento; escuta qualificada; - comunicação não violenta; segurança do paciente; - direitos dos usuários; clínica ampliada; - Projeto Terapêutico Singular (PTS); Apoio Matricial; - atendimento humanizado.	 NEPS, Comissão de Humanização	 100% das equipes capacitadas conforme cronograma institucional.
 Fase 4 – Implantação dos Dispositivos da PNH	 3º ao 5º mês	- Implantação do acolhimento com classificação de risco; - escuta qualificada; Ouvidoria; Pesquisa de Satisfação; - Projeto Terapêutico Singular; Apoio Matricial; Colegiado Gestor; rodas de conversa; reuniões matriciais; - espaços de participação dos usuários.	 Comissão de Humanização, Coordenações Técnicas	 Dispositivos implantados e em funcionamento nas unidades.
 Fase 5 – Consolidação dos Processos	 5º ao 6º mês	- Padronização dos fluxos; consolidação dos protocolos; - integração entre APS, SAMU e Rede de Atenção à Saúde; - fortalecimento da participação social; - avaliação da efetividade das ações implantadas.	 Coordenações, Comissão de Humanização	 Fluxos assistenciais consolidados e protocolos padronizados.
 Fase 6 – Monitoramento Permanente	 A partir do 6º mês	- Monitoramento mensal dos indicadores; reuniões da Comissão; - reuniões do Colegiado Gestor; auditorias internas; - acompanhimento da Ouvidoria; pesquisas de satisfação; - revisão dos planos de ação.	 Comissão de Humanização, Diretoria, Qualidade	 Relatórios mensais e planos de melhoria contínua.
 Fase 7 – Avaliação e Melhoria Contínua	 Permanente	- Avaliação dos resultados; revisão dos indicadores; - atualização dos protocolos; revisão anual da Política de Humanização; - implementação de ações corretivas e preventivas.	 Diretoria, Comissão de Humanização, Colegiado Gestor	 Política permanentemente atualizada e alinhada às diretrizes do SUS e da PNH.

A presente Política de Humanização constitui proposta técnica de implantação elaborada em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as disposições do Edital de Chamamento Público. Sua execução observará as características, necessidades e especificidades da rede municipal de saúde, podendo ser aperfeiçoada, complementada ou adequada, mediante prévia anuência da Secretaria Municipal de Saúde, em razão de alterações normativas, recomendações dos órgãos de controle, evolução das políticas públicas de saúde, indicadores de desempenho, necessidades assistenciais identificadas ou demandas decorrentes da execução do Contrato de Gestão, sempre com o

objetivo de assegurar a melhoria contínua da qualidade da assistência, a eficiência administrativa e o interesse público, sem prejuízo do cumprimento das obrigações contratuais e das metas pactuadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso à Informação. Ações e Programas. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Brasília, 08 nov 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/ptbr/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4 ed. 4 reimp. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/redehumanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

9 E4. IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES TÉCNICAS

9.1 Núcleo de Educação Permanente em Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) como instância

técnico-pedagógica permanente responsável pelo planejamento, coordenação, execução, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente desenvolvidas junto às equipes assistenciais, administrativas e de apoio, contribuindo para a qualificação contínua dos processos de trabalho e da assistência prestada à população.

O Núcleo atuará em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004 e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, adotando metodologias de ensino-aprendizagem baseadas na problematização do processo de trabalho, na aprendizagem significativa e na integração entre ensino, serviço e gestão.

As ações desenvolvidas serão fundamentadas na identificação das necessidades institucionais, nos indicadores assistenciais e gerenciais, nas não conformidades identificadas pelas auditorias, nas recomendações das comissões técnicas, nos protocolos institucionais, nas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e nas atualizações técnico-científicas, promovendo o desenvolvimento de competências alinhadas às necessidades do Sistema Único de Saúde.

O Núcleo atuará de forma integrada com a Gestão de Pessoas, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Humanização, Comissão de Ética de Enfermagem, Comissão de Ética Médica, Comissão de Controle de Infecção, Comissão de Revisão de Prontuários e demais instâncias institucionais, fortalecendo a cultura da qualidade, da segurança do paciente, da humanização, da inovação e da melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

9.1.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

- ✓ Membros Propostos
- ✓ Representante da Gestão de Pessoas
- ✓ Enfermeiro Responsável Técnico
- ✓ Médico representante das equipes assistenciais
- ✓ Farmacêutico

- ✓ Representante do Núcleo de Segurança do Paciente
- ✓ Representante da Comissão de Humanização
- ✓ Representante da Qualidade

A composição poderá ser ampliada conforme a necessidade institucional, garantindo a participação multiprofissional e a integração entre os diferentes serviços envolvidos na execução do Contrato de Gestão.

Finalidade do Núcleo

Planejar, coordenar e executar o Programa Institucional de Educação Permanente em Saúde.

Identificar necessidades de capacitação a partir dos processos de trabalho e dos indicadores institucionais.

Elaborar o Plano Anual de Educação Permanente.

Promover integração entre ensino, assistência, gestão e vigilância em saúde.

Desenvolver ações de atualização técnica, científica e normativa.

Apoiar a implantação e atualização de protocolos assistenciais e administrativos.

Promover capacitações relacionadas à segurança do paciente, humanização, ética, qualidade, biossegurança, urgência e emergência, Atenção Primária, saúde coletiva e demais temas institucionais.

Avaliar a efetividade das ações educativas por meio de indicadores de desempenho.

Incentivar práticas de educação em serviço, matriciamento, discussão de casos e aprendizagem colaborativa.

Subsidiar a gestão no desenvolvimento profissional das equipes e na melhoria contínua dos processos institucionais.

9.1.2 Proposta de Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

CAPÍTULO I – DO NÚCLEO

Art. 1º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) constitui instância técnico-pedagógica de caráter permanente, vinculada à Gestão da Unidade, responsável pelo planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações de educação permanente desenvolvidas no âmbito dos serviços gerenciados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Art. 2º O Núcleo desenvolverá suas atividades em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, observando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as normas institucionais e as necessidades identificadas nos processos de trabalho.

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS

São objetivos do Núcleo:

- promover a qualificação permanente dos profissionais;
- fortalecer a integração entre ensino, serviço e gestão;
- desenvolver competências técnicas, assistenciais e gerenciais;
- apoiar a implantação e atualização de protocolos institucionais;
- estimular a aprendizagem baseada nos problemas do cotidiano de trabalho;
- contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência e dos processos administrativos;
- apoiar o cumprimento das metas contratuais e dos indicadores institucionais.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Art. 3º O Núcleo será composto por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio, designados pela Gestão da Unidade.

Art. 4º A coordenação será exercida por profissional formalmente designado pela Irmandade.

Art. 5º O Núcleo reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que houver necessidade institucional.

Art. 6º Todas as reuniões serão registradas em ata, contendo pauta, deliberações, responsabilidades e prazos para execução das ações.

Art. 7º O Núcleo elaborará anualmente o Plano de Educação Permanente, contemplando diagnóstico das necessidades de aprendizagem, cronograma de capacitações, metodologias, responsáveis, público-alvo, indicadores de monitoramento e mecanismos de avaliação da efetividade das ações educativas.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º As ações educativas poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos presenciais, atividades práticas, educação em serviço, oficinas, simulações realísticas, estudos de caso, reuniões técnicas, matriciamento, educação a distância e outras metodologias compatíveis com as necessidades institucionais.

Art. 9º Os resultados das ações de educação permanente serão monitorados por indicadores institucionais e utilizados como ferramenta de melhoria contínua da qualidade assistencial, da segurança do paciente e do desempenho organizacional.

Art. 10. O presente Regimento poderá ser revisado sempre que houver atualização normativa ou necessidade de adequação dos processos institucionais.

9.1.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

O cronograma anual do Núcleo de Educação Permanente em Saúde será elaborado com base nas necessidades identificadas nos processos de trabalho, nos indicadores assistenciais e gerenciais, nas exigências legais e contratuais, nas recomendações das comissões técnicas e nas prioridades definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Mês	Atividades propostas
Janeiro	Realização do diagnóstico inicial das necessidades de aprendizagem das equipes; levantamento das capacitações obrigatórias; definição do Plano Anual de Educação Permanente; organização do calendário institucional; integração e acolhimento dos profissionais.
Fevereiro	Capacitação sobre princípios e diretrizes do SUS, Política Nacional de Atenção Básica, territorialização, adscrição da população, atribuições das equipes e organização dos processos de trabalho na Atenção Primária.
Março	Capacitação sobre acolhimento, escuta qualificada, classificação das necessidades, humanização da assistência, comunicação efetiva e atendimento centrado no usuário e na família.
Abril	Capacitação sobre segurança do paciente, identificação correta do usuário, prevenção de quedas, segurança na prescrição e administração de medicamentos, higienização das mãos e notificação de incidentes e eventos adversos.
Maio	Atualização sobre urgência e emergência, reconhecimento de sinais de gravidade, estabilização inicial e fluxos de referência e contrarreferência.
Junho	Capacitação sobre vigilância em saúde, doenças e agravos de notificação compulsória, investigação epidemiológica, prevenção de surtos, imunização, cadeia de frio e registros nos sistemas oficiais.
Julho	Avaliação semestral das ações educativas; análise dos indicadores de participação, aprendizagem e aplicabilidade; revisão do cronograma; definição de ações corretivas e novas prioridades de capacitação.
Agosto	Capacitação sobre linhas prioritárias de cuidado, incluindo saúde da mulher, saúde da criança, condições crônicas, saúde mental, saúde da pessoa idosa, saúde bucal e atenção às pessoas em situação de vulnerabilidade.
Setembro	Capacitação sobre segurança e saúde do trabalhador, riscos ocupacionais, biossegurança, uso de equipamentos de proteção, prevenção de acidentes com materiais biológicos, gerenciamento de resíduos e condutas pós-exposição.

6m

Outubro	Atualização sobre registros assistenciais, prontuário eletrônico, qualidade da informação, produção assistencial, e-SUS APS, SISAB, CNES, proteção de dados pessoais e sigilo profissional.
Novembro	Desenvolvimento de atividades de simulação, discussão de casos, análise de eventos e situações críticas, integração multiprofissional e revisão dos protocolos assistenciais e operacionais.
Dezembro	Avaliação anual do Programa de Educação Permanente; consolidação dos indicadores; elaboração do relatório anual; levantamento das necessidades para o exercício seguinte e elaboração da proposta preliminar do novo cronograma.

9.2 Comissão de Humanização

A humanização constitui diretriz transversal do Sistema Único de Saúde e compreende a valorização dos usuários, trabalhadores e demais sujeitos envolvidos na produção do cuidado, reconhecendo sua autonomia, corresponsabilidade e participação nos processos assistenciais e de gestão. Sua implementação pressupõe a qualificação das relações, da comunicação, do acolhimento, da ambiência e dos processos de trabalho, com foco na atenção integral, resolutiva, ética e respeitosa.

A Comissão de Humanização será instituída pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo como instância permanente, multiprofissional, consultiva, propositiva e educativa, responsável por apoiar a implantação, o desenvolvimento, o monitoramento e a avaliação das ações de humanização nos serviços contemplados pelo do Chamamento Público nº 001/SMS/2026, do Município de Ferraz de Vasconcelos.

Sua atuação será orientada pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, promovendo o acolhimento com escuta qualificada, o respeito aos direitos dos usuários, a comunicação clara e acessível, a valorização dos trabalhadores, a participação dos usuários e familiares, a gestão participativa, a integração entre equipes e a melhoria contínua da experiência do cuidado.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a Comissão contribuirá para o fortalecimento do vínculo entre equipes, usuários, famílias e comunidade, para a qualificação do acesso, do acolhimento e da continuidade do cuidado, bem como para o desenvolvimento de práticas centradas nas necessidades do território e da população adscrita.

A Comissão desenvolverá suas atividades de forma articulada com os serviços assistenciais, administrativos e de apoio, com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Ouvidoria, a Gestão de Pessoas e as demais comissões institucionais, utilizando manifestações dos usuários, pesquisas de satisfação, indicadores, auditorias e situações identificadas no cotidiano dos serviços como subsídios para elaboração de planos de ação e aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Dessa forma, a Comissão de Humanização constituirá espaço institucional de análise, diálogo e proposição, contribuindo para consolidar práticas assistenciais e gerenciais pautadas no respeito, na equidade, na integralidade, na ética, na segurança, na corresponsabilização e na dignidade das pessoas.

9.2.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros Propostos (com caráter multiprofissional)

A Comissão de Humanização será constituída por representantes dos diferentes processos de trabalho desenvolvidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, garantindo atuação multiprofissional e integração entre as áreas assistenciais e administrativas.

Composição proposta:

- ✓ Representante da Gestão da Unidade;
- ✓ Representante da equipe de enfermagem;
- ✓ Representante da equipe médica;
- ✓ Representante da equipe multiprofissional;
- ✓ Representante da recepção e acolhimento;
- ✓ Representante da equipe administrativa;



- ✓ Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
- ✓ Representante do Núcleo de Educação Permanente em Saúde;
- ✓ Representante da Ouvidoria, quando constituída.

A composição poderá ser ampliada ou ajustada de acordo com as necessidades dos serviços, assegurando representação multiprofissional e compatibilidade com a estrutura organizacional prevista para execução do Contrato de Gestão.

Finalidade

A Comissão de Humanização tem por finalidade planejar, propor, implementar, acompanhar e avaliar ações voltadas à promoção da Política Nacional de Humanização, contribuindo para a qualificação da assistência, o fortalecimento das relações interpessoais, a valorização dos trabalhadores e a melhoria da experiência dos usuários nos serviços de saúde.

Compete à Comissão:

- ✓ Promover a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização nos serviços sob gestão da Irmandade;
- ✓ Incentivar práticas de acolhimento, escuta qualificada, respeito à diversidade, ética e comunicação humanizada;
- ✓ Propor ações voltadas à qualificação das relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestão;
- ✓ Apoiar a implantação de estratégias de ambiência, acessibilidade e melhoria da experiência do usuário;
- ✓ Acompanhar indicadores de satisfação dos usuários e dos trabalhadores, propondo ações de melhoria contínua;
- ✓ Analisar manifestações provenientes da Ouvidoria, pesquisas de satisfação e demais instrumentos de participação social, subsidiando a elaboração de planos de ação;
- ✓ Desenvolver, em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, ações de sensibilização e capacitação

relacionadas à humanização da assistência e dos processos de trabalho;

- ✓ Estimular a integração entre os diferentes serviços e equipes, fortalecendo o trabalho colaborativo e a corresponsabilização pelo cuidado;
- ✓ Incentivar a participação dos usuários, familiares e trabalhadores na construção de propostas de melhoria dos serviços;
- ✓ Acompanhar a execução das ações previstas no Plano de Humanização, monitorando sua efetividade por meio de indicadores e avaliações periódicas;
- ✓ Elaborar relatórios, pareceres e recomendações destinados ao aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e administrativos;
- ✓ Atuar de forma integrada com as demais comissões e núcleos institucionais, contribuindo para a melhoria da qualidade, da segurança do paciente e da gestão dos serviços.

9.2.2 Proposta de Regimento Interno

Proposta de Regimento Interno Comissão de Humanização

CAPÍTULO I DA COMISSÃO

Art. 1º A Comissão de Humanização constitui instância permanente, de caráter consultivo, propositivo, educativo e articulador, instituída pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para promover, acompanhar e fortalecer a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços objeto do Contrato de Gestão.

Art. 2º A Comissão desenvolverá suas atividades em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, observando as diretrizes da Política

Nacional de Humanização, a legislação vigente, as normas institucionais e as disposições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3º Constituem objetivos da Comissão de Humanização:

I – Promover a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização;

II – Incentivar a cultura do acolhimento, da escuta qualificada, do respeito, da ética e da comunicação humanizada;

III – Fortalecer as relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestão;

IV – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência e dos processos de trabalho;

V – Estimular a participação dos usuários e dos trabalhadores na construção de propostas de melhoria dos serviços;

VI – Promover ações voltadas à valorização dos trabalhadores e ao fortalecimento do trabalho em equipe;

VII – Apoiar a construção de ambientes assistenciais acolhedores, seguros, acessíveis e humanizados;

VIII – Acompanhar indicadores relacionados à humanização, propondo ações de melhoria contínua.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º Compete à Comissão:

- I – Elaborar e acompanhar o Plano Anual de Humanização;
- II – Propor estratégias para fortalecimento das práticas de acolhimento e humanização;
- III – Incentivar a adoção de práticas centradas nas necessidades dos usuários e suas famílias;
- IV – Acompanhar os resultados das pesquisas de satisfação dos usuários e trabalhadores;
- V – Analisar informações provenientes da Ouvidoria, auditorias, indicadores institucionais e demais instrumentos de avaliação relacionados à humanização;
- VI – Propor planos de melhoria decorrentes das análises realizadas;
- VII – Apoiar ações de educação permanente relacionadas à humanização da assistência e das relações de trabalho;
- VIII – Incentivar a integração entre os diversos serviços e equipes multiprofissionais;
- IX – Acompanhar campanhas institucionais e ações previstas no Calendário da Saúde do Ministério da Saúde relacionadas à promoção da saúde, humanização e participação social;

X – Elaborar atas, pareceres, recomendações e relatórios das atividades desenvolvidas.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO E DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º A Comissão será composta por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio, observando a composição multiprofissional prevista neste Plano de Trabalho.

Art. 6º A coordenação da Comissão será exercida por representante formalmente designado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Art. 7º A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação de sua coordenação ou por solicitação da maioria de seus membros.

Art. 8º As reuniões serão registradas em ata, contendo pauta, participantes, deliberações, responsáveis pela execução das ações e respectivos prazos.

Art. 9º As deliberações serão adotadas, preferencialmente, por consenso entre os membros presentes e, quando necessário, por maioria simples dos participantes da reunião.

CAPÍTULO V

DO PLANEJAMENTO E DO MONITORAMENTO

Art. 10. A Comissão elaborará anualmente seu Plano de Trabalho, contendo, no mínimo:

I – Objetivos;

II – Cronograma anual de atividades;

III – Ações educativas;

IV – Campanhas institucionais;

V – Indicadores de monitoramento;

VI – Responsáveis pela execução das ações;

VII – Metodologia de avaliação dos resultados.

Art. 11. O acompanhamento das ações será realizado por meio da análise periódica de indicadores institucionais, pesquisas de satisfação, manifestações dos usuários, registros das atividades desenvolvidas e demais instrumentos de monitoramento da qualidade.

Art. 12. A Comissão poderá propor planos de ação sempre que forem identificadas oportunidades de melhoria relacionadas ao acolhimento, à comunicação, à ambiência, à participação dos usuários, à valorização dos trabalhadores ou aos processos de trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. As atividades da Comissão serão desenvolvidas de forma integrada com os demais núcleos, comissões e serviços institucionais, buscando fortalecer a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a educação permanente, a gestão participativa e a melhoria contínua dos processos organizacionais.

Art. 14. A Comissão poderá convidar profissionais ou representantes de outras áreas para participação em reuniões e discussões técnicas, sempre que a matéria em análise exigir conhecimento específico.

Art. 15. Os casos omissos neste Regimento serão analisados pela Comissão e encaminhados à Gestão da Unidade para deliberação, observadas a legislação vigente e as normas institucionais.

Art. 16. Este Regimento Interno poderá ser revisado sempre que houver atualização normativa, necessidade de adequação dos processos institucionais ou alteração das diretrizes do Contrato de Gestão.

Data XXX, XXX, XXX

Assinatura.



9.2.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Mês	Atividades Permanentes	Campanhas e Ações do Calendário da Saúde
Janeiro	Elaboração do Plano Anual da Comissão, definição de indicadores, reuniões de planejamento, acolhimento institucional dos profissionais.	Janeiro Branco – Promoção da Saúde Mental e Bem-Estar dos Trabalhadores e Usuários.
Fevereiro	Avaliação da experiência do usuário, fortalecimento do acolhimento e escuta qualificada.	Campanhas educativas de prevenção às IST, saúde sexual e reprodutiva e prevenção das arboviroses, conforme calendário do Ministério da Saúde.
Março	Avaliação dos fluxos de atendimento, comunicação e direitos dos usuários.	Saúde da Mulher, prevenção do câncer do colo do útero, incentivo ao pré-natal, humanização da assistência obstétrica e puerperal.
Abril	Pesquisa de satisfação, monitoramento da ambiência e das práticas de humanização.	Abril Verde – Segurança do Trabalhador; campanhas de vacinação e promoção da segurança do paciente.

Maio	Capacitação sobre comunicação efetiva, acolhimento e trabalho em equipe.	Maio Amarelo – Prevenção de Acidentes de Trânsito; incentivo à doação de leite humano e demais campanhas ministeriais do período.
Junho	Avaliação semestral das ações da Comissão e revisão do plano de ação.	Junho Vermelho – Incentivo à Doação de Sangue; ações educativas relacionadas à saúde coletiva.
Julho	Monitoramento dos indicadores de humanização e elaboração de planos de melhoria.	Julho Amarelo – Hepatites Virais; fortalecimento das ações de prevenção e diagnóstico oportuno.
Agosto	Desenvolvimento de ações de valorização do trabalhador e fortalecimento da comunicação institucional.	Agosto Dourado – Aleitamento Materno; incentivo à amamentação e humanização do cuidado materno-infantil.
Setembro	Educação permanente sobre acolhimento e atendimento humanizado.	Setembro Amarelo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção do Suicídio.
Outubro	Avaliação dos processos assistenciais e administrativos sob a ótica da humanização.	Outubro Rosa – Prevenção do Câncer de Mama; promoção da saúde da mulher.
Novembro	Pesquisa de satisfação dos usuários e trabalhadores; monitoramento dos indicadores institucionais.	Novembro Azul – Saúde do Homem; conscientização sobre diabetes e outras campanhas nacionais.
Dezembro	Avaliação anual da Comissão, elaboração do Relatório Anual e planejamento do exercício seguinte.	Dezembro Vermelho – Prevenção do HIV, IST e Hepatites Virais; ações de encerramento do ciclo anual.

9.3 Comissão de Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuários constitui instância técnico-assistencial essencial no âmbito da gestão hospitalar, com a finalidade de assegurar a qualidade, a integridade e a conformidade dos registros clínicos produzidos nas unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Considerando que o prontuário do paciente é documento legal, sigiloso e indispensável para a continuidade do cuidado, para a segurança assistencial e para a adequada apuração da produção de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS, a atuação da Comissão visa garantir que todas as informações clínicas,

assistenciais e administrativas sejam registradas de forma completa, legível, fidedigna e em conformidade com as normas vigentes.

Nesse contexto, a Comissão de Revisão de Prontuários desempenha papel estratégico na padronização dos registros, na identificação de inconsistências, na orientação das equipes multiprofissionais e na promoção de melhoria contínua da qualidade assistencial, contribuindo diretamente para a segurança do paciente, a redução de glosas no faturamento e a conformidade com os requisitos legais e regulatórios.

A atuação da Comissão observará as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, pelas normativas do Sistema Único de Saúde, pela legislação aplicável à proteção de dados e pelas orientações dos órgãos de controle, garantindo a rastreabilidade das informações e a transparência dos processos assistenciais.

Dessa forma, a Comissão de Revisão de Prontuários reafirma seu compromisso com a excelência na assistência, a segurança do paciente, a qualidade dos registros clínicos e a adequada gestão das informações em saúde, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços prestados pela Irmandade.

9.3.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros

Tem a finalidade de propor melhorias na qualidade dos registros e anotações para a elaboração do prontuário clínico, com base na segurança do paciente. Ela ainda é responsável por garantir o cumprimento no padrão de qualidade prestado pelos profissionais e proporciona dados para pesquisa e estudos científicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem a finalidade de atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e

imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão será composta por 2 (dois) membros da equipe médica, 2 (dois) membros da Equipe de Enfermagem e 1 (um) membro da Diretoria Administrativa.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

a. Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem por finalidade assegurar a qualidade, a integridade, a conformidade e a fidedignidade dos registros clínicos e assistenciais, garantindo que o prontuário do paciente reflita, de forma completa e adequada, todas as informações relacionadas ao cuidado prestado no âmbito das unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

A Comissão atua na verificação sistemática dos prontuários, com o objetivo de identificar inconsistências, lacunas de informação, inadequações de preenchimento e não conformidades em relação às normas técnicas, éticas e legais vigentes, promovendo ações corretivas e orientativas junto às equipes multiprofissionais.

Adicionalmente, tem como finalidade contribuir para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado, a padronização dos registros assistenciais e a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, bem como subsidiar os processos de faturamento e auditoria, reduzindo glosas e assegurando a adequada comprovação da produção assistencial perante o Sistema Único de Saúde – SUS.

A Comissão também desempenha papel relevante na educação permanente das equipes, por meio da disseminação de boas práticas de registro,

da orientação técnica e do monitoramento de indicadores de qualidade dos prontuários, fortalecendo a cultura de responsabilidade e excelência assistencial.

Dessa forma, sua atuação contribui para a transparência dos processos, a rastreabilidade das informações em saúde e a conformidade com as exigências dos órgãos reguladores e de controle.

b. Atribuições

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

Tipo de Alta.

Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

Desenvolver atividades de caráter técnico–científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Resolução na íntegra



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatorios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os

procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

9.3.2 Proposta de Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Capítulo I

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) das Unidades, será constituída por um número mínimo de 4 membros nomeados pelo Diretor Clínico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados:

Serviço Médico

Serviço de Enfermagem

SAME

Faturamento

Capítulo II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I – Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II – Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III - Competência da CRPM:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina nº 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública,

número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados;

Anamnese, exame físico, hipótese diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos ao qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;

Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

V – A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPITULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Artigo 4º - A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Artigo 5º - A escolha do prontuário é aleatória.

Artigo 6º - A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Artigo 7º - As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

CAPITULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º - Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:

Artigo 9º - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

9.3.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. Janeiro

- Planejamento anual da comissão.
- Definição de critérios de auditoria documental.
- Sensibilização das equipes quanto à importância dos registros.

2. Fevereiro

- Revisão amostral de prontuários de cada Unidade.
- Emissão de relatório com não conformidades.

3. Março

- Revisão de prontuários de internação clínica.
- Capacitação sobre preenchimento adequado de evolução multiprofissional.

4. Abril

- Reunião trimestral de análise consolidada.
- Alinhamento de protocolos com setores assistenciais.

5. Maio

- Revisão de prontuários obstétricos e pediátricos.
- Campanha interna sobre responsabilidade legal do prontuário.

6. Junho

- Revisão de prontuários cirúrgicos.
- Relatório semestral de conformidade documental.

7. Julho

- Treinamento sobre prescrição segura e legibilidade.
- Revisão de prontuários da UTI.

8. Agosto

- Auditoria direcionada a registros de alta hospitalar.
- Emissão de relatório técnico com recomendações.

9. Setembro

- Semana da Qualidade em Prontuário (ações educativas).
- Reunião de análise do 3º trimestre.

10. Outubro

- Revisão de prontuários psiquiátricos (se aplicável).
- Capacitação sobre confidencialidade e sigilo profissional.

11. Novembro

- Revisão de prontuários ambulatoriais e de urgência.
- Relatório comparativo anual (indicadores de conformidade).

12. Dezembro

- Reunião de fechamento anual.
- Elaboração do relatório final e planejamento preliminar para o ano seguinte.

A comissão irá manter reuniões mensais regulares e emitir relatórios periódicos, com devolutiva para equipes assistenciais.

Integrará a CARP ao sistema de qualidade, utilizando seus achados para aprimorar protocolos clínicos e administrativos.

9.4 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica constitui órgão de assessoramento técnico e institucional destinado a promover, orientar e fiscalizar o exercício ético da medicina no âmbito das unidades de saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Sua atuação está fundamentada nos princípios e normas estabelecidos pelo Código de Ética Médica, bem como nas diretrizes emanadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina, tendo como finalidade assegurar que a prática médica seja exercida com responsabilidade, dignidade, competência técnica e respeito aos direitos dos pacientes.

A Comissão exerce papel essencial na consolidação de uma cultura organizacional pautada na ética, na qualidade assistencial e na segurança do paciente, atuando de forma preventiva, educativa e orientadora junto ao corpo clínico, bem como na análise de situações que envolvam possíveis desvios de conduta profissional.

No desempenho de suas atribuições, a Comissão contribui para o fortalecimento das boas práticas médicas, para a melhoria contínua dos processos assistenciais e para a garantia da conformidade institucional com os preceitos legais, éticos e regulatórios aplicáveis.

Dessa forma, a Comissão de Ética Médica reafirma o compromisso da Irmandade com a excelência assistencial, a integridade profissional e a humanização do cuidado, promovendo a confiança entre profissionais de saúde, pacientes e a instituição.

9.4.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros

Ela trabalha aspectos referentes ao exercício profissional, no desempenho com base na ética profissional.

A constituição da Comissão de Ética Médica faz-se obrigatória em todas as instituições que possuam em seu Corpo Clínico o número igual ou superior a TRINTA E UM médicos.

Nas instituições com até TRINTA médicos, não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico encaminhar as demandas éticas ao CREMESP.

As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições quanto a sua proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

A composição da Comissão de Ética Médica deverá obedecer às disposições contidas no Artigo 3º e suas Alíneas do Regulamento das Comissões de Ética Médica contidas na Resolução CFM 2.152/2016.

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, junto ao Pronto Socorro, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 161/2007 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

A Comissão de Ética Médica será composta por 4 membros efetivos e igual número de membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do Pronto Socorro, sendo um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares.

b. Finalidade

A finalidade das Comissões de Ética Médica podem ser descritas da seguinte forma:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão médica 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/SP, as eventuais más condições de trabalho na instituição,
- Colaborar com o CRM/SP divulgando resoluções, normas e pareceres,
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência,
- Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM/SP e do próprio CRM/SP ou por iniciativa própria.
- Resolução CFM na íntegra

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152, DE 30 DE SETEMBRO DE 2016
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2016. Seção I, p.566-567

REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11-12-2002

Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 3268/57, referente a competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta Resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviço de relevância aos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 30 de setembro de 2016, resolve:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.657/2002 e todas as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

ANEXO
REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I

Das Disposições Gerais

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo II

Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III

Das Competências

Seção I

Da Competência das Comissões de Ética Médica

Art. 5º Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

- a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Seção II

Das Competências do Presidente e do Secretário

Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;
- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

Capítulo IV

Das Eleições

Seção I

Das Regras Gerais das Eleições

Art. 9º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 11. São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 12. O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Seção II

Do Processo Eleitoral

Art. 13. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 18. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobreindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V

Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

Seção I

Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

Art. 23. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção

II

Da Apuração Interna

Art. 26. A apuração interna será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 34. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35. As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Resolução CREMESP na íntegra

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO RESOLUÇÃO CREMESP Nº 161, DE 24 DE ABRIL DE 2007

Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 15 maio 2007.
Seção 1, p.140
ALTERA A RESOLUÇÃO CREMESP Nº 83, DE 29-07-1998

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44045/58 e,

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.657/2002, que regulamenta as Comissões de Ética Médica;

CONSIDERANDO a alteração contida na Resolução CFM nº 1.812/07, que altera o prazo de mandato das Comissões de Ética Médica para “até 30 (trinta) meses”;

CONSIDERANDO que o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98 teria sido tacitamente revogado pela Resolução CFM nº 1.657/2002

CONSIDERANDO a necessidade de se uniformizar os mandatos das Comissões de Ética Médica no âmbito do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO o decidido em Reunião de Diretoria de 23/04/2007;

RESOLVE:

Artigo 1º. Considerar válido o artigo 2º da Resolução CREMESP nº 83/98, repristinando a norma jurídica em questão, que passa a vigor da seguinte forma:

“Artigo 2º. As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no “Dia do Médico”, 18 de outubro, nos anos pares. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil subsequente”.

Artigo 2º. As demais disposições da Resolução CREMESP nº 83/98 permanecem inalteradas, salvo no que conflitar com a Resolução Federal que regulamenta as Comissões de Ética Médica em âmbito nacional.

Artigo 3º. A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

São Paulo, 20 de abril de 2007.

Dr. Desiré Carlos Callegari - Presidente

Homologada na 3649ª Sessão Plenária realizada em 24/04/2007.

9.4.2 Proposta de Regimento Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO DE COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

I. FINALIDADE

Criadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1970 e estabelecidas formalmente por meio de resolução em 1985, as Comissões de Ética Médica (CEMs) correspondem ao “braço” dos Conselhos Regionais dentro das instituições. Cabe a CEM as funções de opinar e educar sobre as questões referentes ao correto desempenho ético da profissão (junto ao corpo clínico, direção e usuários), fiscalizar as condições de trabalho médico e o atendimento

prestado e promoção de sindicâncias voltadas a situações específicas nos hospitais.

II. COMPOSIÇÃO

A CEM é composta por um presidente e um secretário no total de dez membros médicos, sendo cinco titulares e cinco suplentes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico da Instituição.

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 Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

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.

III. ELEIÇÕES:

São organizadas por uma Comissão Eleitoral Autônoma, garantindo transparência a todo o processo.

Como representante legítima da classe profissional, a CEM é eleita por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independentemente do tipo de vínculo.

O período de atuação da CEM corresponderá a 24 meses.

IV. IMPEDIMENTOS

Não poderão participar como candidatos a membros da CEM os médicos que exercerem cargos de direção no Hospital, como Diretor Clínico, Diretor Executivo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso o membro efetivo será substituído pelo suplente.

Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, seu mandato cessará automaticamente.

V. SEDE

A sede da Comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada 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 secretário, 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.

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 Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética Médica

- Opinião
- Educação
- Fiscalização
- Sindicâncias
- Assessorar a Direção Técnica 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 científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Assegurar a credibilidade aos médicos, melhorar a imagem da Instituição e aprimorar a relação médico/paciente.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) 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 secretária da Comissão

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

- c) Lavar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretária;

VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Diretor Clínico da Instituição.

9.4.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
ATIVIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação / Implantação												
Plano de Trabalho												
Reuniões												
Atas e Relatórios												

1. Janeiro

- Planejamento anual das atividades da comissão.
- Definição de fluxos de recebimento e análise de denúncias/representações.
- Reunião de alinhamento com a direção clínica e administrativa.

2. Fevereiro

- Palestra interna sobre **sigilo médico e ética no atendimento**.

- Início do acompanhamento de casos em análise.

3. **Março**

- Revisão de protocolos assistenciais à luz do Código de Ética Médica.
- Reunião trimestral de análise de condutas e registros de ocorrências.

4. **Abril**

- Atividade educativa com corpo clínico sobre relações médico-paciente.
- Relatório parcial sobre situações éticas registradas no trimestre.

5. **Mai**

- Oficina sobre uso ético das redes sociais e prontuário eletrônico.
- Discussão de casos práticos (sem identificação de pacientes).

6. **Junho**

- Reunião semestral de avaliação das ocorrências.
- Emissão de relatório técnico para a direção clínica.

7. **Julho**

- Capacitação sobre erro médico, eventos adversos e responsabilidade ética.
- Reunião extraordinária se houver casos graves em análise.

8. **Agosto**

- Avaliação de condutas em áreas críticas (PS, UTI, Centro Cirúrgico).
- Reunião ordinária da comissão para recomendações preventivas.

9. **Setembro**

- Semana de Ética Médica (palestras e debates com médicos e residentes).
- Revisão de documentos internos da unidade (normas e fluxos).

10. **Outubro**

- Encontro com a equipe multiprofissional para integração ética.
- Reunião trimestral de acompanhamento dos casos.

11. **Novembro**

- Atualização e divulgação de pareceres e orientações éticas.
- Relatório comparativo anual (análise de ocorrências e medidas adotadas).

12. **Dezembro**

- Reunião final de fechamento anual.

- Elaboração do relatório final para envio ao Conselho Regional de Medicina.
- Planejamento preliminar das ações para o próximo ano.

A CEM irá se reunir mensalmente (ordinária) e de forma extraordinária em situações emergenciais, garantindo transparência, sigilo e imparcialidade, sempre com todas as atividades alinhadas ao Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e manter registro formal das atas e relatórios.

9.5 Comissão de Ética de Enfermagem

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) tem por finalidade, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

9.5.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe a constituição da Comissão de Ética de Enfermagem nas unidades sob sua gestão, como instância técnico-assistencial e consultiva, com a finalidade de promover, orientar e zelar pelo exercício ético das atividades de enfermagem, em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as normativas do Conselho Federal e do Conselho Regional de Enfermagem.

A Comissão será composta por profissionais de enfermagem devidamente registrados e regulares junto ao Conselho Regional de Enfermagem, garantindo representatividade das diferentes áreas assistenciais da unidade, incluindo, preferencialmente, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Sua constituição observará os critérios estabelecidos pelo

COREN, assegurando a participação de membros titulares e suplentes, com atuação pautada na imparcialidade, na confidencialidade e no compromisso com a ética profissional.

A finalidade da Comissão consiste em assegurar a observância dos princípios éticos na prática da enfermagem, promovendo a qualidade da assistência prestada, a segurança do paciente e a integridade das relações profissionais no ambiente institucional. Compete à Comissão orientar os profissionais quanto às normas éticas vigentes, analisar situações que envolvam possíveis infrações éticas, propor medidas educativas e preventivas, bem como encaminhar, quando necessário, as ocorrências aos órgãos competentes, observados os princípios do contraditório e da ampla defesa.

Adicionalmente, a Comissão desempenhará papel fundamental na promoção da educação permanente em ética profissional, na disseminação de boas práticas assistenciais e na consolidação de uma cultura organizacional baseada na responsabilidade, no respeito e na excelência do cuidado.

Dessa forma, a constituição da Comissão de Ética de Enfermagem reforça o compromisso institucional da Irmandade com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a conformidade com as diretrizes legais e éticas aplicáveis à prática da enfermagem.

9.5.2 Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO PARA A CRIAÇÃO, FORMAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO

Art. 1º - As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do

exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem vinculados a tais entes.

§1º. As CEE deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de Enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente.

§2º. A atuação da CEE deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

Art. 2º - As Comissões de Ética de Enfermagem são vinculadas ao COREN-SP, mantendo a sua autonomia em assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de Enfermagem. Parágrafo Único – Cabe ao enfermeiro Responsável Técnico estimular a implantação das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º - As Comissões de Ética de Enfermagem serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e respectivos suplentes eleitos, das categorias enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à instituição.

§1º. Nas instituições cujo quadro for preenchido somente por enfermeiros, a CEE será composta exclusivamente por profissional com este grau de habilitação.

§2º. O cargo de presidente somente poderá ser preenchido por enfermeiro.

Art. 4º - As Comissões de Ética de Enfermagem serão instaladas obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

a) Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) enfermeiros e 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem e respectivos suplentes;

b) Instituições com 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por

5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

c) Instituições com 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

d) Instituições com o número acima de 300 (trezentos) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 9 (nove) membros efetivos, sendo 5 (cinco) enfermeiros e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes.

§1º. Nos Municípios ou regiões onde as entidades têm a mesma mantenedora, onde cada uma delas possua menos de 5 (cinco) enfermeiros, será permitida a constituição de CEE representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade. Parágrafo único. Esta regra pode ser aplicada às secretarias municipais e/ou estaduais de Saúde, ou ainda, nas instituições vinculadas à medicina de grupo, inclusive em âmbito ambulatorial, laboratorial e demais entidades congêneres.

Art. 5º - O enfermeiro que exerce cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE.

Art. 6º - O tempo de mandato das CEE será de 3 (três) anos, admitida uma reeleição.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Art. 7º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

a) Divulgar e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e das demais normatizações emanadas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem de São Paulo;

b) Colaborar com o COREN-SP na tarefa de discussão, divulgação,

educação e orientação dos temas relativos à Enfermagem, desenvolvendo a consciência ético-profissional dos profissionais, que lhe sejam vinculados, no ambiente institucional;

c) Comunicar ao COREN-SP a prática de exercício ilegal da profissão, bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dispositivos éticos vigentes, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas na esfera institucional;

d) Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando o resultado das apurações ao enfermeiro Responsável Técnico para as providências administrativas, se houver, e ao COREN -SP, nos casos em que haja indícios de prática de ilícito ético disciplinar por profissional de Enfermagem.

e) Solicitar ao presidente do COREN-SP, após dar ciência ao enfermeiro Responsável Técnico da instituição, assessoria técnica de Conselheiro do COREN-SP, quando o fato ocorrido assim o requeira.

f) Encerrar a sindicância, nos casos em que não se constatar indícios de infração ética, arrolando-se todos os documentos e elaborando-se relatório para arquivo na Instituição.

g) Comunicar ao COREN-SP indícios de prática irregular de assistência de Enfermagem aos pacientes, nos casos em que tais faltas sejam cometidas pelos profissionais registrados nesta autarquia federal, desde que configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional.

h) Manter junto ao COREN-SP o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na instituição.

i) Propor e participar, em conjunto com o Responsável Técnico e com o enfermeiro responsável pelo setor de educação continuada de Enfermagem, ações preventivas, educativas e orientadoras, conscientizando os funcionários com registro no COREN-SP sobre a questão das responsabilidades ético-profissionais.

Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

a) Eleger Presidente e Secretário;

b) Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

c) Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem sindicados;

d) Desenvolver demais atribuições previstas neste Regimento.

Art. 9º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

a) Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

b) Planejar e controlar as atividades programadas;

c) Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia/diretoria/supervisão de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

d) Elaborar relatório, nos termos do disposto na alínea “d”, artigo 7º, deste regimento;

e) Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-SP;

f) Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

g) Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Art. 10 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

a) Proceder aos registros das reuniões em ata;

b) Verificar o quórum de deliberação, conforme o relatado no art. 22;

c) Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;

d) Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância;

e) Colaborar com o presidente, no que lhe for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à CEE;

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 11 – O escrutínio para eleição de membros da Comissão de Ética de Enfermagem será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto.

§1º Na impossibilidade de cumprimento do disposto no caput deste artigo, os membros da CEE poderão ser indicados pelo enfermeiro Responsável Técnico, ou voluntariar-se candidato, atendendo os critérios do artigo 4º.

§2º Nos casos do parágrafo anterior, deverão ser observados os requisitos 30 impostos pelo art. 17 deste regimento.

§3º Os membros da CEE voluntários ou indicados pelo Enfermeiro Responsável Técnico poderão exercer tal função por um período máximo de 1 (um) ano, contados a partir da posse, devendo prestar compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo e de promover novas eleições dos membros da Comissão de Ética, lavrando-se o respectivo termo.

Art. 12 - A relação dos nomes dos candidatos às vagas da CEE deverá ser afixada em local de fácil acesso a todos os profissionais de Enfermagem, pelo prazo de 7 (sete) dias, para ciência e eventual impugnação.

Art. 13 – Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

- I - Grupo I – correspondendo ao grau de habilitação de Enfermeiro – quadro I;
- II - Grupo II – composto por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – quadros II e III, respectivamente.

Parágrafo único – Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares de Enfermagem nos candidatos do Grupo II.

Art. 14 – A convocação da eleição será feita pelo enfermeiro Responsável Técnico, por edital a ser divulgado na instituição no período de 60 (sessenta) dias anteriores à eleição.

Art. 15 – O enfermeiro Responsável Técnico designará Comissão Eleitoral com competência para organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo o pleito.
Parágrafo único - Os membros Comissão Eleitoral não poderão se candidatar à CEE.

Art. 16 – Os candidatos farão sua inscrição, de forma individual, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias à data da eleição.

§1º. A lista dos inscritos será divulgada na instituição, em rol organizado em ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana, em lista a ser afixada pela Comissão Eleitoral em local de fácil acesso aos profissionais de

Enfermagem.

§2º. O rol de candidatos deverá ser enviado ao COREN-SP para apreciação das condições necessárias de elegibilidade impostas no art. 17 deste.

Art. 17 – Os candidatos ao pleito deverão apresentar os seguintes requisitos:

I – Possuir registro profissional, definitivo ou provisório, junto ao COREN-SP, inexistindo de débitos para com esta autarquia federal;

II – Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético disciplinar junto ao COREN-SP, anterior à data do registro da candidatura;

III – Não ter sido condenado em processo administrativo, junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura;

Art. 18 – A apuração dos votos será realizada pelo (a) Presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II;

§2º - O resultado da apuração deverá ser enviado ao COREN-SP, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o pleito.

§3º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder-se-á ao desempate utilizando-se o critério de maior tempo de exercício profissional na instituição, na categoria eleita.

§4º. Persistindo o empate, será eleito o profissional com o maior tempo de inscrição junto ao COREN-SP.

Art. 19 – Eventual indignação quanto aos fatos ocorridos durante o processo eleitoral, ou mesmo contra candidato eleito, indicado ou que tenha se voluntariado, deverá ser formalizada, por escrito,

no prazo de até 48 (quarenta e oito horas) após o cômputo dos votos ou publicação da lista provisória de indicados ou admitidos em caráter de voluntariado.

§1º. A manifestação de inconformismo será entregue, pelo profissional de Enfermagem interessado, à Comissão Eleitoral, mediante recibo;

§2º. A Comissão Eleitoral terá o prazo de 10 (dez) dias para responder ao requerimento; §3º. Em caso de decisão contrária ao quanto requerido, ou ainda de omissão à resposta, no prazo fixado no parágrafo supra, faculta-se ao profissional indignado, direito à nova manifestação, mediante protocolo em petição, endereçada ao presidente do COREN-SP.

§4º. O COREN-SP responderá à manifestação no prazo de 10 (dez) dias a contar do protocolo realizado em suas instalações.

Art. 20 – Homologados os resultados pelo COREN-SP, os membros eleitos, indicados ou voluntários, serão empossados por esta autarquia federal.

Art. 21 – Com a homologação dos resultados pelo COREN-SP, considerasse extinta a Comissão Eleitoral.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 22 – A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando necessário.

Art. 23 – Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância deverão ser sigilosos, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento de fatos ocorridos, para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como circunstâncias especiais do caso que possam fazer induzir a sua autoria.

Art. 24 – As deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples, sendo prerrogativa de seu presidente a emissão do “voto de Minerva”, para desempate.

Art. 25 – A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, quando tomar conhecimento de indícios de irregularidades ético-disciplinares praticadas

profissionais de Enfermagem, no exercício de suas atividades;

d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 26 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, convocando-os para esclarecimentos e juntada de documentos, caso necessário.

§1º. O sindicato exercerá seu direito à manifestação, a ser exercida na forma escrita, no prazo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura de recebimento da notificação da CEE.

§2º. As notificações poderão ser realizadas por via epistolar com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo através das pessoas da CEE, diretamente ao sindicato, de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade.

§3º. O descumprimento das convocações e demais solicitações da CEE, nos casos em que forem justificadas, deverá ser encaminhado ao COREN -SP para análise.

Art. 27 – Todos os documentos relacionados com os fatos a apurar serão mantidos junto à sindicância.

§1º. Por documentos poderão ser entendidos cópia de prontuário, quando autorizado seu uso por quem de direito, bem como de livros de registro utilizados exclusivamente pela Enfermagem e outros escritos da Enfermagem que guardem relação com o objeto de apuração pela CEE.

§2º. O acesso aos autos de sindicância e demais documentos correlatos será franqueado às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, o qual não poderá formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos trabalhos de apuração. Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 29 – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a apuração de eventuais responsabilidades ético

disciplinares.

Art. 30 – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem enquadrar-se em infração prevista no Código de Ética, a CEE poderá promover conciliação entre as partes envolvidas, além de promover orientações e emitir relatório, documentos esses que poderão ser emitidos à instituição para conhecimento e arquivamento, caso se entenda necessário.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a comissão lavrará tal fato em ata específica para tal fim.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 31 – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32 – Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos. Parágrafo único. No caso previsto no caput deste artigo, a ocorrência deverá ser relatada ao COREN- SP para ciência.

Art. 33 – A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, conforme a ordem de votação.

Art. 34 – Havendo necessidade da participação de profissionais de outras áreas, estes poderão ser ouvidos durante os trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento, comunicando-se o fato ao COREN-SP.

Art. 35 – O COREN-SP, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios enviados pela Comissão, promoverá seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos, visando o aperfeiçoamento técnico de seus componentes.

Art. 36 – Às Comissões de Ética de Enfermagem já instaladas fica

assegurada a faculdade de ajuste ao quantitativo fixado nos incisos do art. 4º deste Regimento.

§1º. Os quantitativos para as CEE a serem implantadas, na vigência deste regimento, serão os previstos nos incisos do art.

4º. Art. 37. A exceção da previsão do artigo antecedente, os demais preceitos regulamentares fixados para cumprimento nas sindicâncias pelas CEE, serão atendidos de imediato, realizando-se as devidas adaptações.

Proposta de Regimento Interno

As Atribuições das Comissões de Ética da Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma:

- I. Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;
- II. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de enfermagem;
- III. Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;
- IV. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi-inter e transdisciplinar;
- V. Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, e considerando limites e riscos;
- VI. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde;
- VII. Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;
- IX. Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;

- x. Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- xi. Primar pela assistência centrada ao usuário;
- xii. Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;
- xiii. Adaptar se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;
- xiv. Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;
- xv. Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;
- xvi. Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

9.5.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão	X											
Ata de Constituição	X											
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cronograma

1. Janeiro

Planejamento anual das atividades da comissão.

Definição dos fluxos de recebimento e análise de denúncias.

Reunião de alinhamento com a gerência de enfermagem.

2. Fevereiro

Palestra interna sobre responsabilidade ética no cuidado de enfermagem.

Início da coleta de indicadores de conformidade ética.

3. Março

Reunião trimestral para análise de ocorrências e discussões de casos.

Capacitação sobre registro adequado em prontuário de enfermagem.

4. Abril

Oficinas sobre relacionamento interpessoal e postura profissional.

Relatório parcial das situações analisadas no 1º trimestre.

5. Maio

Campanha alusiva à Semana da Enfermagem com foco em ética profissional.

Discussão de casos práticos (sigilo, autonomia do paciente, condutas adequadas).

6. Junho

Reunião semestral de avaliação dos casos.

Relatório técnico enviado à gerência e à direção clínica.

7. Julho

Capacitação sobre ética e segurança do paciente.

Análise de ocorrências em setores críticos (UTI, PS, centro cirúrgico).

8. Agosto

Encontro educativo sobre responsabilidade legal da enfermagem.

Reunião ordinária com emissão de recomendações preventivas.

9. Setembro

Semana de Ética de Enfermagem (ações educativas e debates).

Revisão dos fluxos internos de conduta ética.

10. Outubro

Reunião trimestral com análise dos casos e pareceres emitidos.

Atividade integrada com outras comissões (Ética Médica, CCIH, Segurança do Paciente).

11. Novembro

Relatório comparativo anual de ocorrências e medidas adotadas.
Capacitação sobre humanização e ética no atendimento multiprofissional.

12. Dezembro

Reunião final de fechamento anual.

Elaboração do relatório oficial para encaminhamento ao COREN.

Planejamento preliminar do cronograma do próximo ano.

9.6 Outras Comissões:

9.6.1 Comissão de Análise de Óbitos

A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo** instituirá a Comissão de Análise e Revisão de Óbitos como instância técnico-científica, consultiva e permanente, responsável pela análise sistemática dos óbitos ocorridos na Unidade, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada, identificar oportunidades de melhoria dos processos assistenciais e contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente.

A Comissão atuará em conformidade com a **Resolução CFM nº 2.171/2017**, observando ainda as normas do Ministério da Saúde, as políticas de Segurança do Paciente e as diretrizes institucionais de qualidade assistencial, preservando o caráter educativo, preventivo e não punitivo das análises realizadas.

Sua atuação compreenderá a revisão dos prontuários, a avaliação da adequação dos registros assistenciais, a análise da causa básica e das circunstâncias relacionadas ao óbito, a verificação do correto preenchimento da Declaração de Óbito, bem como a elaboração de recomendações destinadas ao aprimoramento contínuo dos processos assistenciais, da documentação clínica e da qualidade da atenção prestada.

As conclusões da Comissão subsidiarão ações de educação permanente, revisão de protocolos assistenciais, monitoramento de indicadores e implementação de melhorias institucionais, contribuindo para a redução de

eventos evitáveis, o fortalecimento da cultura de segurança e a qualificação permanente da assistência.

9.6.1.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

A resolução 2.171/2017 regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento.

A Comissão de Revisão de Óbitos tem por finalidade atender a resolução CRMF No. 2.171/2017, que conceitua a análise dos 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.

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição e unidade prestadora do serviço de saúde.

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à 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-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

A Irmandade compromete-se, a notificar todos os eventuais óbitos ocorridos e as medidas adotadas.

Resolução na íntegra



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatorios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos

profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

9.6.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos será criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.171/2017.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos do Hospital:

Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta já estiver implantada no Pronto Socorro), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.

Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Pronto Socorro, e deverá ser nomeada em portaria da Direção da Instituição e publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO IV - DO MANDATO

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será definida após a eleição dos membros. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção da Instituição, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de nomeação.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à (Direção Técnica) uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via Diretoria;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será

designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art. 10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico.

Art. 12. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário (Relatório de Verificação de Óbitos – Anexo 1) para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à Direção Técnica para as providências necessárias.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da

instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017)

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:
Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão

Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e 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;

Zelar pelo sigilo ético das informações;

Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;

Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

Convocar e presidir as reuniões;

Sugerir seu substituto à Direção Técnica da Instituição;

Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

Fazer cumprir o regimento;

Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17. São atribuições da secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes; I

Lavar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

Organizar e manter o arquivo da comissão;

Preparar a correspondência;

Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;

Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria da Instituição, Chefe da Divisão Médica e Gerência de Atenção à Saúde.

Art. 19. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20. O regimento entrará em vigor após aprovação do Colegiado Executivo e publicação no Boletim de Serviço do Pronto Socorro e entrará em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ANEXOS

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE ÓBITOS					
COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO					
Nome do paciente:		Idade:			
Nº do prontuário:		Data de nascimento:			
Data do Óbito:		Hora do Óbito:		Local do Óbito:	
Nº	Questão	Resposta			
		Sim	Ir para	Não	Ir para
01	Trata-se de caso terminal, irreversível?				
02	A morte foi devida a causa ou complicação esperada?				
03	Existem e estavam disponíveis medidas para evitar as causas?				
04	As medidas para evitar a causa foram tomadas?				
05	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?				
06	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa fossem tomadas? (sim se não houver registro específico no prontuário)				
07	Há probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?				
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa?				

lrm

09	As manifestações das causas foram reconhecidas/comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?				
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou o problema identificado estava de acordo com os achados?				
11	Foi reconhecida a presença da causa?				
12	O diagnóstico era tratável				
13	O tratamento foi efetuado de forma e no tempo correto?				
14	Falta de material ou equipamento médico-hospitalar?				
15	Não realização de exame solicitado?				
16	Não realização de cirurgia proposta?				
17	Óbito no pós procedimento invasivo?				
18	Infecção hospitalar?				
19	Sepse/Choque séptico?				
20	Queda de leito hospitalar?				
21	Aguardando vaga em Unidade Hospitalar				

20	Queda de leito hospitalar?				
21	Aguardando vaga em Unidade Hospitalar				
22	Óbito durante transporte intra-hospitalar?				
"J"	Óbito justificado	Tipo de óbito: Local óbito e Instável tempo			
		☐ Sim () Não Inevitável ☐ Sim () Não			
"?"	Dúvida: o óbito deve ser discutido				
Conclusões Clínicas		Atestado de Óbito			
Diagnóstico inicial:		Causa básica:			
Diagnóstico definitivo:		Causa consequência:			
Diagnóstico secundário:		Causa terminal:			
		Data do óbito: __/__/__			

	Avaliação de preenchimento
	Letra legível ☐ sim () não
	Falta carimbo ☐ sim () não
	Falta preenchimento () sim () não
Conclusão:	Revisor:

9.6.1.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

9.6.2 Comissão de Farmácia e Terapêutica

Diante das novas mudanças tecnológicas na área da saúde e novos produtos farmacêuticos, é de suma importância incorporar essas tecnologias no cenário hospitalar.

Esses procedimentos irão otimizar a área administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição médica.

Será indispensável para tomada de decisão ter conhecimento dos medicamentos que farão parte do rol a ser adquirido pela Instituição, respeitando a lista municipal.

Para manter a padronização e excelência no trabalho a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional ligada ao uso de medicamentos e insumos pensando na eficácia terapêutica e melhorias na saúde dos usuários, é indispensável a formação e criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica.

PAPEL DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Tem como finalidade seguir a padronização instituída através do REMUME, RENAME, programas estaduais e protocolos clínicos; elaborar e atualizar o Guia Farmacoterapêutico, definir diretrizes para o uso racional dos medicamentos, elaborar normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos, avaliação do impacto econômico dos medicamentos na instituição para serem incorporados a novas tecnologias, investigação científica,

lam

gerenciamento de riscos e farmacovigilância (queixas, reações adversas, erros de medicamentos), realizar atividades educativas, participação em atividades de educação permanente junto a equipe de saúde, elaborar e divulgar instrumentos educativos e realizar campanhas para práticas seguras do uso de medicamentos.

9.6.2.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

COMPOSIÇÃO

A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica possui característica multiprofissional e depende da disponibilidade dos recursos humanos existentes na instituição. Contudo, a CFT pode contar com assessores “ad hoc”, que são profissionais pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios para emissão de parecer técnico e tomada de decisão. O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde. Dessa forma, recomenda-se a composição baseada em um núcleo central executivo e flexibilidade para incorporar grupos técnicos de apoio de acordo com os assuntos a serem abordados, sendo necessário que sejam dispensados nos horários da Comissão, das outras obrigações nas Unidades em que prestam serviço. Para compor o núcleo técnico executivo, os membros e suplentes da CFT devem constar no cadastro de profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao diretor clínico. É importante contar com representantes, com autonomia de decisão, das seguintes áreas:

- Diretoria Clínica
- Administração
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Enfermagem

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Especialidades Médicas

Os membros executivos e suplentes da CFT devem ser designados pelo diretor clínico, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente. Adicionalmente, cada representante deve contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos, os quais participarão das sessões do Plenário, com direito a voto nos impedimentos dos Membros Titulares por motivo de afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas, não perdendo a continuidade dos trabalhos a serem realizados. Para melhor andamento das atividades, esta Comissão deve contar com uma secretária para apoio administrativo. É fundamental que a CFT esteja formalmente instituída por meio de documento legal, sendo elaborado regimento que normatize seu funcionamento. Os membros executivos e os suplentes integrantes da CFT devem declarar os potenciais conflitos de interesse. Além disso, durante os trabalhos qualquer situação, que configure possível conflito de interesse, deve ser declarada pelo membro, que se absterá de participar da atividade específica. Ao término do mandato ou quando solicitado, pode ser fornecido aos membros da CFT uma declaração de participação para fins de currículo.

FUNCIONAMENTO

Esta Comissão deve reunir-se, ordinariamente, conforme cronograma que será definido após o início das atividades e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou solicitada pela maioria de seus membros executivos. É necessária a definição de um local para viabilizar o seu funcionamento. De forma sistemática, as sessões da CFT são iniciadas com a presença da maioria simples dos seus membros (“quorum”). Não havendo “quorum” a reunião será suspensa. As reuniões podem seguir este roteiro:

- verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- verificação de presença dos membros e existência de “quorum”;

- aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
- leitura e despacho do expediente;
- apresentação de assuntos por convidados externos;
- leitura da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação;
- encaminhamento das deliberações para Diretoria Clínica;
- organização da pauta da próxima reunião;
- encerramento dos trabalhos.

Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CFT, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a Ordem do Dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos. De preferência, as questões devem ser decididas por consenso. Contudo, se durante a discussão verificar se a impossibilidade de consenso, e esgotados argumentos com bases em evidências científicas, o Presidente tem o direito ao voto de desempate. Além disso, o Presidente e os membros da Comissão podem solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza. Após a apresentação e leitura do parecer, o Presidente ou o Vice-Presidente submete à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem. O membro que não se considerar esclarecido quanto à matéria em exame, pode solicitar vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. Após entrar em pauta, recomenda-se que seja estabelecido um prazo para reapresentação da matéria para votação.

Atribuição

- Compete à comissão:
- Revisar permanentemente a relação de medicamentos padronizados;
- Avaliar e emitir parecer sobre solicitações de inclusão, exclusão de itens, bem como de alterações em suas apresentações na relação de medicamentos padronizados;
- Divulgar informações e justificativas relativas a novos medicamentos incluídos, excluídos ou alterados da relação de medicamentos padronizados;
- Contribuir para elaboração de protocolos terapêuticos.

DA CONSTITUIÇÃO

DA COMPOSIÇÃO E DAS COMPETÊNCIAS DA CFT INTO/MS:

A Comissão será composta por representantes das seguintes unidades:

Presidente: responsável da Farmácia da unidade ou profissional indicado pelo responsável pela unidade.

Membros:

01 Representante Médico

01 Representante da Enfermeiro

01 Representante da Farmácia

01 Representante da Administração

Os membros serão indicados pelo presidente da comissão com o aval da direção da unidade.

Será dispensado, automaticamente, o membro permanente que deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas sem justificativa relevante, devendo o setor que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

Regimento

Compete ao presidente da Comissão:

Organizar a pauta das reuniões;

Guardar os registros, em ata, das resoluções da comissão;

Convocar, através de convite impresso, as reuniões sempre que necessário.

Compete aos membros da Comissão:

Comparecer a reuniões convocadas;

Cumprir calendários e cronogramas;

Realizar levantamentos de informações em literatura científica conceituada e estudar os assuntos que estão sendo discutidos na Comissão;

Aprovar ou reprovar pareceres apresentados à Comissão.

Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da Comissão serão definidas mediante voto da maioria simples (50% +1), do total de seus membros presentes. No caso de empate, caberá ao presidente da Comissão a decisão final.

As reuniões da Comissão serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo de um agente administrativo, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

Nas situações em que os membros da Comissão julgarem necessárias serão consultados especialistas, a serem escolhidos de acordo com a natureza do fato gerador, podendo ser representantes de outras unidades de saúde, vedada a participação de pessoas com possíveis interesses comerciais.

A solicitação de inclusão ou alteração de produtos farmacêuticos na padronização de medicamentos deverá ser acompanhada preferencialmente de justificativa coerente, pautada em protocolos clínicos, revisões sistemáticas da literatura e consensos oficiais.

Poderão ser aceitas submissões de produtos para a CFT sem maior rigor em caso de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde por meio de portaria específicas de seus respectivos programas.

DO CRONOGRAMA

A Comissão se reunirá mensalmente com participação de seus membros, sendo elaborado ata sobre o que foi apresentado e discutido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão de Farmácia e Terapêutica regulamentada de acordo com as orientações da OMS é de fundamental importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade. Nos dias atuais a CFT passou ter papel essencial na melhoria contínua dos serviços da saúde, devido ao seu importante desempenho na mitigação dos riscos envolvidos no processo de seleção e padronização de medicamentos, avaliando desde o impacto farmacoeconômico da incorporação de novas tecnologias até a promoção do uso racional dos medicamentos. A Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Farmácia ou de Farmacologia, ou qualquer que seja a denominação, contribui para educação permanente dos profissionais envolvidos no ciclo do medicamento, conseguindo de forma objetiva uma significativa racionalização no uso do arsenal farmacoterapêutico. Consequentemente, a equipe da saúde passa a ter um referencial por meio do estabelecimento de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, propiciando o melhor acesso a farmacoterapia baseada em evidências, e estabelecendo o equilíbrio entre a demanda e os recursos, proporcionando ao paciente um atendimento com qualidade e segurança.

Am

9.6.2.2 Proposta de Regimento Interno

Os medicamentos constituem uma das tecnologias em saúde que estão em constante inovação, trazendo a necessidade de ações concretas que qualifiquem o processo de seleção, bem como o uso seguro e racional dessas tecnologias dentro da instituição. A criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nos hospitais se dá como uma importante ferramenta de atuação neste contexto. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a CFT pode ser definida como uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional. Para tanto, realiza como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração do formulário ou guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que o gestor possa tomar melhores decisões acerca dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos utilizados na instituição.

Esses procedimentos irão otimizar a área administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição médica.

Será indispensável para tomada de decisão ter conhecimento dos medicamentos que farão parte do rou a ser adquirido pela Instituição, respeitando a lista municipal.

Para manter a padronização e excelência no trabalho a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional ligada ao uso de medicamentos e insumos pensando na eficácia terapêutica e melhorias na saúde dos usuários, é indispensável a formação e criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Sua composição deve possuir características multiprofissional vinculados a Instituição aos quais são submetidos ao Diretor Clínico.

Deverá ser formalmente instituída por meio de documento legal e deverá elaborar seu Regimento Interno que norteará seu funcionamento.

O papel da Comissão de Farmácia e Terapêutica além de acompanhar a seleção e padronização dos medicamentos, abrange também a educação permanente da equipe multi de saúde e a promoção do uso racional de medicamentos.

Para as atribuições da Comissão:

II - O ASSESSORAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DEVERÁ:

- a) Seguir a padronização instituída através do REMUME, RENAME, programas estaduais e protocolos clínicos;
- b) Elaborar e atualizar o Guia Farmacoterapêutico,
- c) Definir diretrizes para o uso racional dos medicamentos,
- d) Elaborar normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos,
- e) Avaliação do impacto econômico dos medicamentos na instituição para serem incorporados a novas tecnologias,
- f) Promover e elaborar protocolos clínicos de tratamento, investigação científica, gerenciamento de riscos e farmacovigilância (queixas, reações adversas, erros de medicamentos),
- g) Realizar atividades educativas,
- h) Apoio as atividades de promoção ao uso racional de medicamentos,
- i) Participação em atividades de educação permanente junto a equipe de saúde,
- j) Elaborar e divulgar instrumentos educativos;
- k) Realizar campanhas para práticas seguras do uso de medicamentos.

III - AS ATRIBUIÇÕES:

1 - Presidente da Comissão:

- a) Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão,
- b) Constituir Grupos Técnicos de Apoio;
- c) Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- d) Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- e) Emitir pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas a medicamentos;
- f) Promover a convocação das reuniões;
- g) Fomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso,
- h) Exercer direito do voto de desempate;

- i) Designar membros executivos da Comissão para emissão de pareceres técnicos,
- j) Realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;

2 - Atribuições dos Membros executivos e suplentes:

- a) Zelar pelo desenvolvimento das atribuições da Comissão,
- b) Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- c) Comparecer às reuniões,
- d) Proferir voto ou pareceres;
- e) Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- f) Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- g) Coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio.

3 - Atribuições da Secretária:

- a) Acompanhar as reuniões do Colegiado;
- b) Assistir ao Presidente e aos representantes da Comissão;
- c) Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da Comissão,
- d) Dar encaminhamento e preparar o expediente junto as deliberações;
- e) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão,
- f) Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- g) Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- h) Enviar aos representantes da Comissão, cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;
- i) Lavrar e assinar as atas de reuniões;
- j) Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
- k) Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
- l) Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

IV - FUNCIONAMENTO:

- a) As reuniões desta Comissão devem reunir-se, ordinariamente,

conforme cronograma e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou solicitada pela maioria de seus membros executivos. Quando iniciar as atividades na unidade de saúde será estabelecido o local para o seu funcionamento e as reuniões deverão acontecer mensalmente.

- b) As reuniões deverão seguir este roteiro:
- c) Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
- d) Verificação de presença dos membros e existência de “quorum”;
- e) Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
- f) Leitura e despacho do expediente;
- g) Apresentação de assuntos por convida- dos externos;
- h) Leitura da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação;
- i) Encaminhamento das deliberações para Diretoria Clínica;
- j) Organização da pauta da próxima reunião;
- k) Encerramento dos trabalhos.
- l) Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CFT, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a Ordem do Dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos.

V - DISPOSIÇÕES GERAIS

- a) Todos os membros deverão assinar o termo de ausência de conflitos de interesse, onde afirmem isenção, principalmente no que se referem a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em recebimento de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.
- b) Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais pelo tempo necessário.
- c) Os representantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica não serão remunerados.
- d) Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde.
- e) Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
- f) O regimento entrará em vigor após aprovação da Comissão de Farmácia e Terapêutica e publicação dos membros em Diário Oficial.

Resolução 619/15 do CFF na íntegra

RESOLUÇÃO Nº 619 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2015

RESOLUÇÃO NA INTEGRA

Ementa: Dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução/CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.

O Conselho Federal de Farmácia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei Federal nº 3.820 de 11 de novembro de 1960, artigo 6º, alínea “g”; CONSIDERANDO que é função do Conselho Federal de Farmácia estabelecer as atribuições pertinentes à profissão farmacêutica;

CONSIDERANDO a Portaria nº 4.283 de 30 de dezembro de 2010, a qual aprova as diretrizes e estratégias para a organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS; CONSIDERANDO a Portaria Nº 35, de 14 de janeiro de 1986, do Ministério da Educação, que determina a criação de Comissão de Padronização de Medicamentos nos Hospitais de Ensino, bem como o Documento “PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS - Manual de Implantação”;

CONSIDERANDO a importância da Comissão de Farmácia e Terapêutica para a promoção do uso racional de medicamentos e produtos para saúde;

CONSIDERANDO que a Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais e outros serviços de saúde, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, tendo atribuições e responsabilidades definidas em Regimento Interno;

CONSIDERANDO a importância e a necessidade de trabalho em equipe multiprofissional; CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as competências do farmacêutico no âmbito das Comissões de Farmácia e Terapêutica, RESOLVE:

Art. 1º - Dar nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução/CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, publicada no DOU de 27/10/2006, Seção 1, página 157, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica, nos seguintes termos:

“Art. 1º - (...): I. Atuar na escolha, análise crítica e utilização de estudos científicos que fundamentem a adequada seleção de medicamentos e produtos para saúde;

II. Implantar ações visando à promoção do uso racional de medicamentos e produtos para saúde

III. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos, observando normativas do Ministério da Saúde;

IV. Estabelecer normas para prescrição, dispensação, distribuição, administração, utilização e avaliação dos medicamentos e produtos para saúde selecionados;

V. Avaliar e estabelecer critérios para prescrição e uso de medicamentos e produtos para saúde não selecionados, eventualmente prescritos;

VI. Utilizar técnicas de farmacoeconomia para a avaliação dos medicamentos e outros produtos para saúde;

VII. Acompanhar a documentação sobre reação adversa dos medicamentos selecionados, propondo critérios de segurança sempre que necessário;

VIII. Participar da definição de critérios que disciplinem a divulgação de medicamentos e produtos para saúde no ambiente hospitalar;

IX. Garantir a divulgação permanente da relação de medicamentos selecionados e dos produtos para saúde, destacando sempre as atualizações da relação promovidas pela Comissão;

X. Estimular a realização de estudos de utilização de medicamentos e a implantação de programas de farmacovigilância e tecnovigilância;

XI. Utilizar indicadores epidemiológicos como critério do processo decisório de seleção;

XII. Zelar pela adesão e cumprimento da seleção de medicamentos e produtos para saúde; XIII. Participar da elaboração do guia farmacoterapêutico.

Parágrafo único - O farmacêutico poderá ocupar as funções de membro efetivo, secretário ou presidente da Comissão e, conseqüentemente, suas atribuições irão variar de acordo com o cargo ocupado.

Art. 2º - O Farmacêutico deverá, se for o caso, propor a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica para a instituição de saúde, sendo que a

Comissão deverá ter atuação constante e ininterrupta, considerando a legislação em vigor.”

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Walter da Silva Jorge João
Presidente – CFF

9.6.2.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. **Janeiro**
 - Planejamento anual da comissão.
 - Revisão da **lista padronizada de medicamentos (LME)**.
 - Alinhamento com a equipe multiprofissional sobre protocolos de prescrição.
2. **Fevereiro**
 - Auditoria de uso de antibióticos e antimicrobianos.
 - Relatório de consumo de medicamentos do PS e internação.
3. **Março**
 - Reunião trimestral de análise de indicadores de consumo.
 - Capacitação sobre uso seguro de medicamentos de alta vigilância.
4. **Abril**
 - Avaliação de estoques e armazenamento em setores críticos.
 - Revisão de protocolos de prescrição e dispensação.
5. **Maio**
 - Campanha de conscientização sobre uso racional de medicamentos.
 - Relatório parcial de não conformidades detectadas.
6. **Junho**
 - Reunião semestral de avaliação.
 - Estudo de perfil de consumo de medicamentos controlados.
7. **Julho**
 - Capacitação sobre farmacovigilância e notificação de reações adversas.
- Auditoria em PS e UTI sobre protocolos de antibióticos.
8. **Agosto**
 - Reunião de análise de indicadores do 2º semestre.

- Revisão de protocolos de profilaxia medicamentosa em cirurgias.
- 9. **Setembro**
 - Semana de segurança do paciente com foco em **uso seguro de medicamentos**.
 - Discussão multiprofissional de casos clínicos envolvendo farmacoterapia.
- 10. **Outubro**
 - Avaliação de indicadores de custos e economicidade.
 - Revisão de protocolos de administração de quimioterápicos (se aplicável).
- 11. **Novembro**
 - Reunião de análise do 3º trimestre.
 - Relatório comparativo de consumo de medicamentos do ano.
- 12. **Dezembro**
 - Reunião final de fechamento anual.
 - Elaboração do relatório anual da comissão.
 - Planejamento preliminar para o próximo ano.

A comissão manterá reuniões mensais regulares, com emissão de pareceres e relatórios à gestão hospitalar. As atividades estarão alinhadas à Política Nacional de Medicamentos, protocolos da ANVISA e diretrizes de segurança do paciente.

Cronograma de Reuniões Farmácia

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

9.6.3 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) como instância permanente de participação dos trabalhadores na promoção da

saúde e segurança ocupacional, atuando na prevenção de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e situações de assédio no ambiente laboral, em conformidade com a Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5), aprovada pela Portaria MTP nº 422/2021, bem como com as demais Normas Regulamentadoras aplicáveis aos serviços de saúde, em especial a NR-32.

A Comissão desenvolverá suas atividades de forma integrada ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), quando constituído, e às áreas de Gestão de Pessoas, Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho e Qualidade, em conformidade com as diretrizes da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), promovendo o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), a implementação e o acompanhamento do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), a identificação, avaliação e controle dos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e psicossociais presentes nos ambientes de trabalho, bem como a adoção de medidas preventivas voltadas à preservação da integridade física e mental dos trabalhadores.

Sua atuação compreenderá a inspeção periódica dos ambientes laborais, investigação e acompanhamento de acidentes e incidentes, participação na elaboração e monitoramento de planos de ação, incentivo à notificação de situações de risco, promoção da cultura de prevenção, acompanhamento das condições de trabalho e desenvolvimento de ações educativas relacionadas à saúde, segurança e prevenção do assédio moral, sexual e de outras formas de violência no ambiente organizacional.

A CIPA contribuirá para o fortalecimento da cultura institucional de segurança, promovendo ações contínuas de conscientização, capacitação e melhoria dos processos de trabalho, utilizando indicadores de desempenho para monitorar a efetividade das medidas implementadas e subsidiar decisões voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores, à redução dos acidentes e ao cumprimento da legislação vigente.

am

9.6.3.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT é um serviço que tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, na gestão do OS tem o objetivo de introduzir as Práticas Humanizadas para a Saúde no trabalho dos colaboradores do PA, conforme a NR5 e a NR4.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo também se propõe a implantar a NR°32 (Norma Regulamentadora) que define a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, principalmente dos riscos a que esses profissionais estão expostos. "Esses profissionais manipulam instrumentos cujos acidentes podem trazer riscos fatais, como a contaminação por vírus que transmitem doenças graves". A norma estabelece, por exemplo, que o funcionário seja informado dos riscos a que estão submetidos e que ao trabalhador dos serviços de saúde seja fornecido, gratuitamente, programa de imunização contra doenças transmissíveis, além de oferecer capacitação continuada aos trabalhadores sobre como proceder em caso de acidentes no trabalho. A norma prevê ainda que nenhum trabalhador deve iniciar suas atividades sem o uso dos equipamentos de proteção individual.

9.6.3.2 Proposta de Regimento Interno

Do objetivo

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA - tem como

objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Da constituição

Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos. (205.002-1/ I4)

O Hospital que possuir em um mesmo município duas ou mais unidades, deverá garantir a integração das CIPA e dos designados, conforme o caso, com o objetivo de harmonizar as políticas de segurança e saúde no trabalho.

Da organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos. (205.004-8/ I2).

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados. (205.005-6/ I4).

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos. (205.006-4/ I2).

Quando o Hospital não se enquadrar no Quadro I, o PA designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

(205.007-2/ I2).

O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição. (205.008-0/ I2). É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. (205.009-9/ I4).

Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais no Hospital, sendo vedada a transferência para outro Hospital sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT. (205.010-2/ I4).

O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA. (205.011-0/ I2).

O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente. (205.012-9/ I1). Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior. (205.013-7/ I2). Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador. (205.014-5/ I1). Empossados os membros da CIPA, o Hospital deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias. (205.015-3/ I2). Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do Hospital. (205.016-1/ I4).

Das atribuições

A CIPA terá por atribuição:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao Hospital, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS. Cabe ao Hospital proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho. (205.017-0/ I2)

Cabe aos empregados:

a. participar da eleição de seus representantes;

b. colaborar com a gestão da CIPA;

c. indicar à CIPA, ao SESMT e ao Hospital situações de riscos e

apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d. doenças decorrentes do trabalho.

Cabe ao Presidente da CIPA:

a. convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao Hospital e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c. manter o Hospital informado sobre os trabalhos da CIPA;

d. coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

e. delegar atribuições ao Vice-Presidente;

Cabe ao Vice-Presidente:

a. executar atribuições que lhe forem delegadas;

b. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

a. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos; b. coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c. delegar atribuições aos membros da CIPA;

d. promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

e. divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA; constituir a comissão eleitoral. O Secretário da CIPA terá por atribuição:

a. acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinaturas dos membros presentes;

b. preparar as correspondências; e c. outras que lhe forem conferidas.

Do funcionamento

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. (205.019-6/ I2)

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. (205.020-0/ I1).

As atas ficarão no Hospital à disposição dos Agentes da Inspeção do

Trabalho - AIT. (205.021-8/ I1) Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- a. houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência; (205.022-6/ I4)
- b. ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; (205.023-4/ I4)
- c. houver solicitação expressa de uma das representações. (205.024-2/ I4)

As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião. Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa. (205.025-0/ I2)

A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos. (205.026-9/ I2)

No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. (205.027-7/ I2)

No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Do treinamento

A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. (205.028-5/ I4). O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (205.029-3/ I4)

As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do

objetivo desta NR. (205.030-7/ I4). O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a. estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; (205.031-5/ I2)
- b. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho; (205.032-3/ I2)
- c. noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes no Hospital; (205.033-1/ I2)
- d. noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção; (205.034-0/ I2)
- e. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; (205.035-8/ I2)
- f. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; (205.036- 6/ I2)
- g. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. (205.037-4 / I2)

O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do Hospital. (205.038-2/ I2). O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT do Hospital, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados. A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo ao Hospital escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento. (205.039-0/ I2). Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

Do processo eleitoral

Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso. (205.040-4/ I4). O Hospital estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional. (205.041-2/ I2). O Presidente e o Vice-

Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pelo Hospital.(205.042- 0/ I2). O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- a. publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso; (205.043- 9/ I3)
- b. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;(205.044-7/ I3)
- c. liberdade de inscrição para todos os empregados do Hospital, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante; (205.045-5/ I3)
- d. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição; (205.046-3/ I3)
- e. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver; (205.047-1/ I3)
- f. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados. (205.048-0/ I3)
- g. voto secreto; (205.049-8/ I3)
- h. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do Hospital e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral; (205.050-1/ I3)
- i. faculdade de eleição por meios eletrônicos;(205.051-0/ I3)
- j. guarda, pelo Hospital, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos. (205.052-8/ I3)

Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias. (205.053-6/ I2)

As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA. Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso. Em caso

de anulação Hospital convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores. (205.054-4/ I4).

Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral. (205.055-2/ I4) Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados. (205.056- 0/ I4) Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no Hospital. (205.057-9/ I4). Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes. (205.058-7/ I2)

9.6.3.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Cronograma de reuniões da comissão

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

Mês	Atividades Principais
Janeiro	Planejamento anual das ações de segurança; atualização do mapa de riscos.
Fevereiro	Treinamento introdutório dos membros da CIPA; verificação de EPIs.
Março	Campanha de prevenção de acidentes no ambiente hospitalar; relatório trimestral.
Abril	Inspeção de áreas críticas (PS, UTI, CME, manutenção).
Maio	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) – planejamento.
Junho	Realização da SIPAT; palestras e treinamentos com colaboradores.
Julho	Avaliação dos resultados da SIPAT; atualização do mapa de riscos.
Agosto	Campanha de prevenção de acidentes com perfurocortantes; relatório trimestral.
Setembro	Treinamento de evacuação e primeiros socorros; inspeção de extintores e hidrantes.
Outubro	Auditoria de ergonomia nos setores administrativos e assistenciais.
Novembro	Relatório anual de acidentes; planejamento das ações de melhoria.
Dezembro	Encerramento das atividades do ano; planejamento preliminar para o próximo ciclo da CIPA.

Esse cronograma estará alinhado com o SESMT e gestão de RH para garantir integração com treinamentos obrigatórios e campanhas internas.

9.6.4 Núcleo de Segurança do Paciente

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) como instância permanente, multiprofissional e estratégica, responsável pelo planejamento, coordenação, implementação, monitoramento e avaliação das ações voltadas à gestão de riscos assistenciais e à promoção da cultura de segurança, em conformidade com a Portaria MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e com a RDC ANVISA nº 36/2013, que estabelece as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

O Núcleo atuará de forma integrada aos diversos serviços assistenciais e administrativos da Unidade, promovendo a implementação do Plano de Segurança do Paciente, o gerenciamento sistemático dos riscos relacionados à assistência, a análise de incidentes e eventos adversos, o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança, bem como a elaboração e revisão de protocolos institucionais voltados à prevenção de danos e à melhoria contínua dos processos assistenciais.

Sua atuação compreenderá a implantação e o acompanhamento das metas internacionais de segurança do paciente, a promoção da notificação, investigação e análise dos incidentes assistenciais, a disseminação da cultura de aprendizado organizacional, o fortalecimento das práticas baseadas em evidências e a articulação com as demais comissões institucionais, assegurando abordagem integrada da gestão de riscos e da qualidade.

O NSP desenvolverá ações permanentes de educação continuada, auditoria, monitoramento e avaliação dos processos assistenciais, acompanhando alertas sanitários, recomendações dos órgãos reguladores e indicadores institucionais, subsidiando a tomada de decisão da gestão e

contribuindo para a qualificação da assistência, redução de eventos adversos e fortalecimento da segurança do paciente em todas as etapas do cuidado.

9.6.4.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Segurança do Paciente significa “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve ser instituído nos serviços de saúde com o objetivo de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. É um serviço de saúde compulsório (obrigatório) e a sua não estruturação constitui-se em uma infração.

Princípios e Diretrizes do NSP: se dá com melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

Deve ser composto por equipe multiprofissional, formada por ao menos **um médico, um farmacêutico e um enfermeiro**. Todos devem ser capacitados em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Também é importante que seus membros conheçam bem os processos de trabalho da instituição e tenham perfil de liderança.

Também é função do NSP “promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente”. Ou seja, fica a cargo do NSP o acompanhamento dos alertas sanitários para se adequar às mudanças, a divulgação de alterações ou atualizações no Plano de Segurança do Paciente aos profissionais da instituição e a notificação de incidentes e eventos adversos à Anvisa.

Como cadastrar um Núcleo de Segurança do Paciente na Anvisa?

Após a sua implantação, é necessário realizar cadastro do NSP no site da Agência. No processo, é preciso informar nome e CNPJ do Serviço de Saúde ou Mantenedora que está sendo cadastrada. Também é necessário informar quem será o Responsável Legal e o(s) Gestor(es) de Segurança do NSP.

Os membros da Comissão deverão se reunir mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), propor medidas para redução de sua ocorrência e deverão manter-se devidamente documentados (Atas, lista de presença e outros).

Deverão manter vínculo com demais comissões implantadas, para juntamente definirem as ações que venham qualificar o serviço e redirecionar protocolos de assistência.

Processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Deverá ser feito o diagnóstico situacional da Instituição de Saúde propondo mecanismos de ação para identificar e avaliar problemas quanto a má utilização de equipamentos, medicamentos e insumos devendo propor ações preventivas e corretivas.

O Plano de Segurança do Paciente deverá ser atualizado periodicamente sempre que houver riscos aos pacientes e utilizar sempre que possível o uso de novas tecnologias ou quando houver grande alteração na realização de procedimentos e processos.

Os indicadores deverão ser avaliados e monitorados periodicamente
Deverão ser propostas capacitações a frente dos problemas evidenciados
Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Protocolos de PSP

Alguns protocolos já estarão implantados quando do início das atividades no Pronto Atendimento.

Risco de queda de pacientes

Prevenção de úlcera por pressão (UPP) pela mudança de decúbito

Prescrição e administração de medicamentos
Prática de higienização das mãos
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência
prestada

AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA

Idade:> 65 anos	SIM ()	NÃO()
História de queda	SIM ()	NÃO()
Requer ajuda para caminhar	SIM ()	NÃO()
Declínio cognitivo, desorientação, depressão, ansiedade,	SIM ()	NÃO()
AVC prévio, hipotensão postural, vertigem, crise convulsiva, delírio	SIM ()	NÃO()
Anemia crônica	SIM ()	NÃO()
Incontinência ou urgência miccional	SIM ()	NÃO()
Artrite ou osteoporose	SIM ()	NÃO()
Alterações metabólicas	SIM ()	NÃO()
Força motora diminuída em MMII	SIM ()	NÃO()
Comprometimento visual auditivo e de tato	SIM ()	NÃO()
Obesidade mórbida	SIM ()	NÃO()
Uso de 4 ou mais medicações (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, vasodilatadores, insulina, hipoglicemiantes orais)	SIM ()	NÃO()
História prévia de quedas	SIM ()	NÃO()

Am

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
AGENTES	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
CONCEITO	A lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo "lavagem das mãos" foi substituído por "higienização das mãos" devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba: 1. Lavagem básica das mãos; 2. Antissepsia das mãos com álcool 70%; 3. Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços. Tem o objetivo de: 1. Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele. Duração do procedimento: 40 a 60 segundos. Abrangência: Toda a equipe de saúde. Quando lavar as mãos? • Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; • Ao iniciar o turno de trabalho; • Antes e após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições; • Antes de preparo de alimentos; • Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
RECURSOS	1. Sabão líquido; 2. Água corrente; 3. Papel toalha.
MÉTODO	1. Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; 2. Mantenha se possível, a água numa temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele), coloque o sabão líquido (2ml); 3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia; 4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais; ✓ Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso); ✓ Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
USO ORAL
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso
✓ Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.
USO TÓPICO
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso
✓ Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.
USO ENDOVENOSO
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso
✓ Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.
USO INTRAMUSCULAR
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
✓ Exemplo: intramuscular com diluição: ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h; intramuscular sem diluição: vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.
USO SUBCUTÂNEO
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
✓ Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.
USO INTRATECAL
✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
✓ Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal
USO INALATÓRIO

✓ Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.
✓ Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA PRESTADA
CONCEITO
✓ Consiste no envolvimento e a colaboração do paciente e família nos processos de cuidado a saúde, visando a melhorar a qualidade e segurança do paciente durante a permanência dentro do Pronto Atendimento.
FINALIDADE
✓ Atender a meta internacional de Segurança do Paciente através da Orientação e Participação do Paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. ✓ Prevenir erros relacionados a assistência ao paciente internado, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes em todos os setores do Pronto Atendimento: Emergência, Observação, Medicação e demais setores
MATERIAIS NECESSÁRIOS
✓ Folhas de orientação aos pacientes e familiares. ✓ Cuidado centrado no paciente ✓ Dignidade e respeito: os profissionais de saúde devem ouvir e honrar as escolhas dos pacientes e seus familiares, bem como, incorporar no planejamento dos cuidados, os conhecimentos, valores, crenças e origens culturais dos mesmos. ✓ Compartilhamento de informações: os profissionais de saúde devem comunicar e compartilhar as informações de forma completa e imparcial com os pacientes e seus familiares. ✓ Os pacientes e suas famílias necessitam de informação oportuna, completa e precisa, a fim de efetivamente participar no cuidado e tomada de decisão. ✓ Participação: pacientes e seus familiares devem ser incentivados e apoiados em participar do cuidado e da tomada de decisão. ✓ Colaboração: pacientes, familiares, profissionais de saúde, e líderes dos serviços de saúde devem colaborar no desenvolvimento,

implementação e avaliação de políticas e programas, formação profissional, bem como no fornecimento de cuidado. ✓ Empoderamento do paciente e família: A compreensão do paciente/família sobre o seu papel; Que o paciente/família adquira conhecimento suficiente para ser capaz de se envolver com sua saúde; ✓ Habilidades do paciente: A presença de um ambiente facilitador. ✓ Falha na comunicação entre profissionais e paciente/família: É necessário que os pacientes e família entendam a terminologia utilizada pelos profissionais de saúde no Pronto Atendimento, tenham habilidades de leitura, permitindo compreender o que é comunicado através da escrita; compreendem as explicações orais fornecidas pelos profissionais de saúde; entendam ou concordem ao assinar um termo de consentimento. ✓ Comportamentos de pacientes quando não entendem dizeres de saúde: é possível identificar quando formulários ficam incompletos ou preenchidos incorretamente; o paciente evita situações que precisam ler; o paciente não está em conformidade com as medicações de uso	
ler e entender informações sobre saúde, mas também educá-lo de forma que possam compreender e exercer o seu empoderamento;	
habitual; o paciente não faz perguntas; agendamentos para os testes laboratoriais, exames de imagem, ou encaminhamentos para consultas não estão programados ou são perdidos; são feitos pedidos para levar os documentos escritos para casa, para discutir com um cônjuge ou um filho; o paciente queixa-se de uma dor de cabeça ou outro problema de saúde muito grave que não permite leitura; o paciente não pode repetir a informação recebida com suas próprias palavras. ✓ Estratégias que podem melhorar a compreensão dos pacientes e familiares, facilitando o envolvimento e participação: Utilizar linguagem clara e simples; empregar frases curtas, simplificar as sentenças; ✓ Utilizar múltiplos métodos de ensino, de acordo com as necessidades do paciente ou familiar: instruções verbais, material escrito, áudio, vídeo, desenhos etc. reforçar informações importantes, repetindo-as quantas vezes forem necessárias; avaliar cuidadosamente se o paciente ou familiar compreendeu a informação (por exemplo: peça ao pacientes para "ensinar de volta" as instruções que foram dadas). ✓ Educação de pacientes e familiares: garantir que os pacientes possam	

- ✓ Estimular ao paciente e família quanto à: Prevenção e controle de infecção; principais infecções relacionadas à assistência à saúde; higiene das mãos; medidas de precaução padrão e específicas; tosse com etiqueta; uso seguro de medicamentos; processos assistenciais; eventos adversos; manejo de doenças crônicas.
- ✓ Estratégias de longo prazo: utilizar os meios de comunicação institucional para divulgar maneiras de garantir a segurança do paciente, tais como, prospectos, jornais, cartazes, intranet, e outros.

9.6.4.2 Proposta de Regimento Interno

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	REGIMENTO		Página 818
	REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		
	Emissão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

CAPÍTULO 1 DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2º O NSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

I – Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

II – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III – Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.

IV – Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

V – Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

VI – Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.

VII – Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO II NATUREZA E FINALIDADE

Art.3º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada à Direção do Hospital.

Art. 4º O NSP tem 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 Pronto Socorro, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São princípios do NSP:

I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;
- VIII. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- IX. Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NSP:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital;

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos profissionais; bem como aos pacientes/famíliares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital;

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas pela Instituição sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Direção quanto ao NSP:

I. Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;

II. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;

III. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NSP;

IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a direção deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do Hospital.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art.8º O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria, seguindo as Diretrizes da Diretoria de Atenção à Saúde municipal:

- I. Um representante da Diretoria;
- II. Um médico representante da Divisão Médica (DM);
- III. Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;
- IV. Um farmacêutico representante da Farmácia;
- V. Um representante da Gerência Administrativa;
- VI. Poderão ser instituídos novas categorias

Art.9º Os membros do NSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria do Hospital mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

- I. Por iniciativa própria.
- II. Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.
- III. A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

CAPÍTULO V DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 10 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- IV. Proteção à identidade do notificador;
- V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretoria.

Art. 13 As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14 O Secretário e o seu substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

CAPÍTULO VI DO MANDATO

Art. 15 O mandato dos membros do NSP terá a duração de xx(xxxx) anos, podendo ser reconduzidos. **Parágrafo único.** Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria.

CAPÍTULO VII DO FUNCIONAMENTO

Art. 16 O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretoria do Hospital.

Art. 17 As reuniões do NSP são agendadas trimestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18 O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19 O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 20 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 21 As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP.

CAPÍTULO IX DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 22 - O apoio administrativo ao NSP poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23 - São consideradas atividades administrativas:

- I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;
- II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;
- III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NSP do Hospital usará a estrutura física a ser definida após o início das atividades para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X DAS REUNIÕES

Art. 24 - Quando as reuniões do NSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro colaborador para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25 - Quando as reuniões do NSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas ou banco de horas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26 - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NSP nas reuniões. C

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27 - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28 - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença da Diretoria.

Art. 29 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ANEXO – Conceitos Básicos e Definições adotadas:

I – Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

II – Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão.

III – Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

IV – Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

V – Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente

VI – Farmacovigilância: conjunto de atividades de detecção, registro e avaliação das reações adversas, com o objetivo de determinar a incidência, gravidade e nexo de causalidade com os medicamentos, baseadas no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos.

VII – Hemovigilância: sistema de avaliação e alerta organizado com objetivo de coletar e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

VIII – Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

IX – Incidente sem lesão: Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.

X – Near miss: Incidente que não atingiu o paciente.

XI – Never events: tipo de indicador de qualidade/segurança; apenas um caso é suficiente para identificar problema e abrir investigação/análise.

XII – Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

XIII – Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a redução dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

XIV – Risco: Probabilidade de um incidente ocorrer.

XV – Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

XVI – Tecnovigilância: compreende o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares) disponibilizados no mercado, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a segurança sanitária do uso desses produtos na promoção e proteção da saúde da população.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	XXX	ELABORAÇÃO DO REGIMENTO
2	XXX	ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

9.6.4.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

Comissão de Segurança Interna (Hospitalar e Patrimonial)

Constituição da Comissão

Membros Propostos:

1. Coordenador de Segurança Patrimonial (Líder da Comissão)
2. Representante da Direção Administrativa
3. Representante da Engenharia/Manutenção Predial
4. Responsável pelo Setor de Enfermagem (interface com unidades de internação e PS)
5. Responsável pelo Almoxarifado/Farmácia (controle de acesso a áreas críticas)
6. Representante do Jurídico ou Ouvidoria
7. Equipe de Vigilância Terceirizada (líder operacional)
8. Representante da Brigada de Incêndio/Segurança do Trabalho

Finalidade da Comissão

- Garantir a segurança física de colaboradores, pacientes e visitantes.
- Prevenir e gerenciar incidentes de violência, furtos, roubos ou depredações.
- Avaliar e propor melhorias em sistemas de controle de acesso, câmeras e alarmes.
- Organizar plano de contingência para ameaças internas e externas (conflitos, desastres, invasões).
- Promover ações integradas com a Segurança do Trabalho e Brigada de Incêndio.
- Elaborar protocolos de resposta a situações emergenciais (ameaça de bomba, vazamentos, agressões).

Proposta de Regimento Interno

Capítulo I – Da Comissão

Art. 1º – A Comissão de Segurança Interna é órgão de apoio técnico-administrativo vinculado à Direção Hospitalar.

Art. 2º – Tem caráter permanente e atua na prevenção, monitoramento e resposta a incidentes que comprometam a integridade física e patrimonial da instituição.

Capítulo II – Dos Objetivos

- Avaliar vulnerabilidades de acesso e circulação.
- Monitorar incidentes de segurança e manter registros.
- Definir planos de contingência e rotinas de segurança.
- Integrar-se com órgãos de segurança pública quando necessário.

Capítulo III – Estrutura e Funcionamento

Art. 3º – A Comissão será multiprofissional, composta por representantes administrativos, técnicos e de segurança.

Art. 4º – O coordenador será designado pela Direção Administrativa.

Art. 5º – Reuniões ordinárias: bimestrais; extraordinárias: em caso de incidentes graves.

Art. 6º – Todas as reuniões deverão ser registradas em ata.

Capítulo IV – Disposições Gerais

- O regimento será revisado anualmente.
- A comissão deve encaminhar relatórios semestrais à Direção.

Cronograma

1. Janeiro

- Levantamento de riscos internos e externos.
- Atualização do plano de vigilância e rondas.

2. Fevereiro

- Revisão do sistema de câmeras e alarmes.
- Treinamento dos vigilantes terceirizados.

3. **Março**
 - Simulado de evacuação em caso de ameaça de violência ou incêndio.
 - Relatório trimestral de incidentes.
4. **Abril**
 - Auditoria de controle de acesso (pronto-socorro, áreas restritas, farmácia).
 - Ações educativas sobre segurança com colaboradores.
5. **Maio**
 - Treinamento para prevenção e contenção de conflitos no PS.
 - Avaliação dos contratos de vigilância.
6. **Junho**
 - Reunião semestral de avaliação geral.
 - Simulado de contenção de invasão ou tumulto.
7. **Julho**
 - Inspeção de rotas de fuga e iluminação de emergência.
 - Reforço da integração com Brigada de Incêndio.
8. **Agosto**
 - Treinamento de protocolos em situações de agressão a profissionais.
 - Relatório trimestral de incidentes.
9. **Setembro**
 - Revisão de protocolos de segurança em grandes fluxos (campanhas, mutirões).
 - Atualização do plano de contingência.
10. **Outubro**
 - Auditoria de segurança patrimonial (estoques, almoxarifado, farmácia).
 - Workshop de boas práticas em segurança.
11. **Novembro**
 - Reunião com representantes da Polícia Militar e Corpo de Bombeiros.
 - Relatório trimestral de incidentes.
12. **Dezembro**
 - Relatório anual consolidado de segurança.
 - Planejamento estratégico para o próximo ano.

lam

Essa comissão irá trabalhar em sinergia com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e com o Núcleo de Segurança do Paciente, pois riscos patrimoniais também afetam a assistência.

9.6.5 Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) como instância técnico-consultiva responsável pelo planejamento, acompanhamento, monitoramento e aperfeiçoamento das ações relacionadas ao gerenciamento dos resíduos gerados na Unidade.

A Comissão atuará em conformidade com a RDC ANVISA nº 222/2018, com a Resolução CONAMA nº 358/2005, com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei Federal nº 12.305/2010) e demais normas sanitárias, ambientais e de saúde ocupacional aplicáveis, promovendo o gerenciamento seguro dos resíduos desde sua geração até a destinação final ambientalmente adequada.

Sua atuação será orientada pelos princípios da segurança do paciente, da biossegurança, da proteção à saúde dos trabalhadores, da preservação ambiental, da sustentabilidade e da melhoria contínua dos processos, contribuindo para a redução de riscos sanitários e ambientais, o cumprimento das exigências legais e a adequada execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

A Comissão desenvolverá ações de caráter preventivo, educativo e de monitoramento, promovendo a integração entre os diversos setores da Unidade, acompanhando indicadores de desempenho, identificando oportunidades de melhoria e propondo medidas voltadas ao fortalecimento das práticas de gerenciamento de resíduos e da conformidade institucional.

9.6.5.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros Propostos

1. Enfermeiro Responsável Técnico (Coordenador da Comissão)
 2. Engenheiro de Segurança do Trabalho
 3. Farmacêutico (responsável por resíduos de medicamentos e químicos)
 4. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
 5. Nutricionista (responsável por resíduos alimentares)
 6. Profissional de Higienização e Coleta Interna de Resíduos
 7. Representante da Gestão Ambiental/Qualidade
- A composição seguirá as diretrizes da RDC ANVISA nº 222/2018 e normas ambientais vigentes.

Finalidade da CGRSS

- Elaborar, implementar e monitorar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- Garantir o manejo adequado dos resíduos, da geração à disposição final, prevenindo riscos ambientais, ocupacionais e sanitários.
- Promover a segregação correta e o descarte seguro dos resíduos, assegurando conformidade legal e sustentabilidade.
- Orientar e capacitar continuamente as equipes sobre boas práticas ambientais.
- Monitorar indicadores de resíduos e propor melhorias no processo.

9.6.5.2 Proposta de Regimento Interno

Capítulo I – Da Comissão

Art. 1º – A Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS) é um órgão técnico e consultivo vinculado à Direção Administrativa e à Gestão Ambiental do hospital.

Art. 2º – A CGRSS tem caráter permanente, devendo zelar pelo cumprimento das normas ambientais, sanitárias e de saúde ocupacional.

Capítulo II – Dos Objetivos

- Assegurar a correta segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento e destinação final dos resíduos hospitalares.
- Monitorar os impactos ambientais e ocupacionais associados ao manejo de resíduos.
- Capacitar as equipes multiprofissionais no cumprimento do PGRSS.
- Revisar periodicamente os contratos e processos de coleta externa de resíduos.

Capítulo III – Da Estrutura e Funcionamento

Art. 3º – A CGRSS será composta por membros titulares e suplentes das áreas estratégicas.

Art. 4º – O coordenador da comissão será o Enfermeiro Responsável Técnico ou outro designado pela Direção.

Art. 5º – As reuniões ocorrerão mensalmente, com atas registradas.

Art. 6º – A comissão poderá convocar reuniões extraordinárias em casos de não conformidades ou emergências ambientais.

Capítulo IV – Disposições Gerais

- A participação é considerada atribuição institucional, sem remuneração adicional.
- O regimento deverá ser revisado anualmente.

9.6.5.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. Janeiro

- Planejamento anual da comissão.
- Revisão do PGRSS vigente.

2. Fevereiro

- Auditoria interna de segregação e acondicionamento.
- Relatório de não conformidades.

3. Março

- Treinamento das equipes de enfermagem e higienização.
- Reunião trimestral de análise de indicadores de resíduos.

4. Abril

- Avaliação de áreas críticas (UTI, centro cirúrgico, pronto-socorro).
- Reunião técnica multiprofissional.

5. Maio

- Campanha educativa sobre descarte correto de resíduos perfurocortantes.
- Relatório parcial de indicadores.

6. Junho

- Reunião semestral de avaliação de resultados.
- Auditoria sobre armazenamento temporário de resíduos.

7. Julho

- Capacitação sobre biossegurança ocupacional e uso de EPIs.
- Monitoramento da coleta externa e destino final.

8. Agosto

- Revisão de contratos de coleta e transporte de resíduos.
- Relatório técnico semestral.

9. Setembro

- Semana de Conscientização Ambiental (ações educativas internas).
- Reunião de avaliação do 3º trimestre.

10. Outubro

- Auditoria de resíduos químicos e medicamentos vencidos.
- Alinhamento com a farmácia hospitalar e almoxarifado.

11. Novembro

- Relatório anual de conformidade e custos com gerenciamento de resíduos.
- Proposta de melhorias para o próximo ano.

12. Dezembro

- Reunião final de fechamento anual.
- Elaboração do Relatório Anual do PGRSS.
- Planejamento das ações do próximo ano.

A CGRSS integrará às políticas de segurança do paciente, biossegurança e sustentabilidade hospitalar, utilizando indicadores de monitoramento contínuo.

9.6.6 Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo instituirá a Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN) como instância técnico-assistencial responsável pelo planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à terapia nutricional, visando assegurar assistência nutricional segura, eficaz e baseada em evidências científicas aos pacientes que necessitem de suporte nutricional enteral e/ou parenteral.

A CMTN atuará em conformidade com a RDC ANVISA nº 63/2000, a RDC ANVISA nº 503/2021, as diretrizes do Ministério da Saúde e as recomendações da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), promovendo a padronização dos processos assistenciais, o uso racional da terapia nutricional e a prevenção de complicações relacionadas ao suporte nutricional.

Sua atuação será pautada pela integração multiprofissional, pela segurança do paciente, pela qualidade assistencial e pela melhoria contínua dos processos, contribuindo para a identificação precoce do risco nutricional, a adequada indicação da terapia nutricional, o monitoramento da evolução clínica e nutricional dos pacientes, bem como para a otimização dos recursos institucionais.

A CMTN desenvolverá atividades de caráter consultivo, educativo e de monitoramento, promovendo a elaboração e atualização de protocolos institucionais, a análise de indicadores assistenciais, a capacitação permanente das equipes e a avaliação sistemática dos resultados obtidos, fortalecendo a qualidade da assistência e a conformidade com as boas práticas em terapia nutricional.

9.6.6.1 Proposta de Constituição (Membros e Finalidade)

Membros Propostos (com caráter multiprofissional)

1. Nutricionista Clínico (Coordenador da Comissão)
2. Médico Clínico
3. Enfermeiro Assistencial (com experiência em terapia nutricional)
4. Farmacêutico
5. Representante da Gestão de Qualidade/Segurança do Paciente

A composição segue a RDC nº 63/2000 da ANVISA e recomendações da BRASPEN.

Finalidade da CMTN

- Promover a avaliação, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional enteral e parenteral.
- Garantir a qualidade, segurança e efetividade do suporte nutricional, minimizando riscos e complicações.
- Definir protocolos institucionais de terapia nutricional e capacitar equipes multiprofissionais.
- Monitorar indicadores de desnutrição hospitalar, complicações associadas à terapia e custos.
- Atuar como instância consultiva em casos clínicos complexos.

9.6.6.2 Proposta de Regimento Interno

Capítulo I – Da Comissão

Art. 1º – A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN) é um órgão técnico consultivo, multiprofissional, vinculado à Direção Técnica do Hospital.

Art. 2º – A CMTN tem caráter permanente e atua em conformidade com as normas da ANVISA, Ministério da Saúde e sociedades científicas reconhecidas.

Capítulo II – Dos Objetivos

- Garantir a indicação adequada, preparo, armazenamento, administração e monitoramento da terapia nutricional.
- Elaborar, revisar e implementar protocolos clínicos e operacionais.
- Avaliar periodicamente os resultados clínicos e indicadores de qualidade.
- Promover a capacitação contínua da equipe multiprofissional.

Capítulo III – Da Estrutura e Funcionamento

Art. 3º – A CMTN será composta por membros titulares e suplentes de cada categoria profissional envolvida.

Art. 4º – A presidência da comissão será exercida pelo Nutricionista Clínico, eleito entre os membros.

Art. 5º – As reuniões serão realizadas mensalmente, com atas registradas e arquivadas.

Art. 6º – Decisões da comissão terão caráter consultivo, devendo ser comunicadas à Direção Técnica.

Capítulo IV – Disposições Gerais

- A participação na comissão não implica remuneração extra, sendo considerada parte das atribuições assistenciais e técnicas.
- O regimento deverá ser revisado anualmente ou quando houver atualização normativa.

9.6.6.3 Proposta de Cronograma Anual de Atividades

1. Janeiro

- Planejamento anual da CMTN.
- Revisão dos protocolos de terapia nutricional.

2. **Fevereiro**
 - Auditoria em prescrições nutricionais enterais e parenterais.
 - Relatório de não conformidades.
3. **Março**
 - Reunião trimestral de indicadores (desnutrição hospitalar, complicações).
 - Capacitação em preparo e administração de nutrição enteral.
4. **Abril**
 - Avaliação da logística de recebimento, armazenamento e transporte de dietas.
 - Reunião técnica multiprofissional.
5. **Maiο**
 - Campanha de conscientização sobre rastreio nutricional precoce.
 - Treinamento sobre segurança no uso de bombas de infusão.
6. **Junho**
 - Reunião semestral de avaliação de resultados.
 - Relatório parcial à Direção Técnica.
7. **Julho**
 - Auditoria em prescrição parenteral.
 - Capacitação em prevenção de complicações metabólicas.
8. **Agosto**
 - Revisão de protocolos de terapia nutricional na UTI.
 - Relatório técnico do 2º semestre.
9. **Setembro**
 - Semana da Segurança do Paciente (ação integrada com nutrição clínica).
 - Oficina de atualização em nutrição clínica hospitalar.
10. **Outubro**
 - Avaliação de economicidade e custo-benefício da terapia nutricional.
 - Reunião de alinhamento com farmácia hospitalar.
11. **Novembro**
 - Relatório de conformidade nutricional anual.
 - Capacitação sobre rastreamento nutricional na admissão hospitalar.
12. **Dezembro**
 - Reunião final de fechamento anual.

- Elaboração do relatório anual da CMTN.
- Planejamento das ações para o próximo ano.

Atenderemos à legislação da ANVISA e boas práticas clínicas.

10 E5. COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTÃO EM SAÚDE

10.1 A. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de atenção básica, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

A documentação referente comprovação de capacidade técnica encontra-se disposta no Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTÃO EM SAÚDE

10.2 B. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de urgência e emergência, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

A documentação referente comprovação de capacidade técnica encontra-se disposta no Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTÃO EM SAÚDE

11 E6 – PROPOSTA DE PLANO ORÇAMENTÁRIO E DE CUSTEIO

A Proposta financeira e documentos correlatos encontram-se dispostos no Anexo I – PROPOSTA FINANCEIRA.

12 ANEXOS

Anexo I – PROPOSTA FINANCEIRA

Anexo II – RECURSOS HUMANOS

Anexo III – DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS

Anexo IV – MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

**Anexo V - COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA EM SERVIÇOS DE
GESTÃO EM SAÚDE**

São Bernardo do Campo, 23 de Julho de 2026.

PAULO ANDRE
MATTA
CHAGAS:4205267487
0

Assinado de forma digital
por PAULO ANDRE MATTA
CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.22 16:51:18
-03'00'

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO
PAULO ANDRÉ MATTA CHAGAS
CPF: 420.526.748-70
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Am

Anexo I

PROPOSTA FINANCEIRA

lrm

PROPOSTA FINANCEIRA

Gerenciamento, operacionalização e execução de serviços de saúde

Proponente	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CNPJ	47.708.771/0001-00
Endereço	Av. Robert Kennedy, nº 2.900, Bairro Assunção – São Bernardo do Campo
Representante legal	Paulo André Matta Chagas
CPF	420.526.748-70
Município / Órgão	Município de Ferraz de Vasconcelos / Secretaria Municipal de Saúde

lam

• 1. Objeto da proposta

A presente proposta tem por objeto a precificação dos serviços de saúde contemplados no Termo de Referência, abrangendo:

LOTE 1 – Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das unidades destinadas à ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA.

Conforme planilhas de custos e demonstrativos anexos.

• 2. Unidades contempladas na precificação

Nº	Grupo	Unidade/Serviço precificado
1	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS/ESF Vila São Paulo
2	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS/ESF Santo Antônio
3	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS/ESF Antônio Nhan
4	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS/ESF Vila Margarida
5	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS/ESF Jardim Yone
6	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS CDHU
7	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS CSII
8	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família	UBS Jardim Castelo

• 3. Valor global proposto

Descrição	Valor	Valor por extenso
Valor global mensal proposto	R\$ 3.480.648,87	(Três milhões, Quatrocentos e oitenta mil, Seiscentos e quarenta e oito reais e oitenta e sete centavos)
Valor global anual estimado	41.767.786,44	(Quarenta e um milhões, Setecentos e sessenta e sete mil, Setecentos e oitenta e seis reais e quarenta e quatro centavos)

Observação: os valores analíticos por rubrica, unidade, RH, médicos, facilities, serviços, insumos, investimentos e demais custos estarão constando nas planilhas anexas, que integram esta proposta para todos os fins.

• **4. Planilha de Custos Detalhados por Rubricas e por Eixo**

ITENS DE DESPESAS	LOTE 1	
	CUSTEIO ESTIMADO MENSAL	CUSTEIO ESTIMADO ANUAL
1. Pessoal	R\$ 1.375.515,90	R\$ 16.506.190,80
1.1. Remuneração Bruta - CLT	R\$ 937.448,55	R\$ 11.249.382,60
1.2. Benefícios, Gratificações e Adicionais - CLT	R\$ 162.000,14	R\$ 1.944.001,68
1.3. Encargos Sociais - CLT	R\$ 74.995,43	R\$ 899.945,16
1.4. Provisionamentos Trabalhistas - CLT	R\$ 191.071,78	R\$ 2.292.861,36
1.5. Contribuições Sindicais/ Assistências	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
1.5.1 Outras Despesas de Pessoal	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
2. Medicamentos / Insumos	R\$ 241.030,00	R\$ 2.892.360,00
2.1. Medicamentos	R\$ 135.000,00	R\$ 1.620.000,00
2.2. Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)	R\$ 98.000,00	R\$ 1.176.000,00
2.3. Gases Medicinais	R\$ 8.030,00	R\$ 96.360,00
3. Materiais de Consumo	R\$ 39.015,00	R\$ 468.180,00
3.1. Higienização e Limpeza	R\$ 20.220,00	R\$ 242.640,00
3.2. Escritório e Expediente	R\$ 8.425,00	R\$ 101.100,00
3.3. Material de Consumo (Copa/Cozinha)	R\$ 3.370,00	R\$ 40.440,00
3.4. Informática e Comunicação	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
3.5. Outros Materiais Diversos	R\$ -	R\$ -
4. Materiais de Uso Operacional	R\$ 27.664,54	R\$ 331.974,48
4.1. Combustível	R\$ 11.664,54	R\$ 139.974,48
4.2. Uniformes	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
4.3. Proteção e Segurança (EPI)	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
4.4. Material de Manutenção Predial e Outros	R\$ 8.500,00	R\$ 102.000,00
5. Manutenções Corretivas e Preventivas	R\$ 47.000,00	R\$ 564.000,00
5.1. Equipamentos Médicos	R\$ 11.500,00	R\$ 138.000,00
5.2. Equipamentos Odontológicos	R\$ 8.500,00	R\$ 102.000,00
5.3. Rede de Gases	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
5.4. Ar Condicionado	R\$ 14.500,00	R\$ 174.000,00
5.5. Imóveis	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
5.6. Veículos	R\$ -	R\$ -
5.7. Tecnologia da Informação	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
5.8. Outras Manutenções (descrever)	R\$ -	R\$ -
6. Seguros, Impostos, Taxas e Despesas Financeiras	R\$ 8.650,00	R\$ 103.800,00
6.1. Seguros de Imóveis	R\$ 3.700,00	R\$ 44.400,00
6.2. Seguros de Automóveis	R\$ -	R\$ -
6.3. Seguro Patrimonial RC	R\$ 2.450,00	R\$ 29.400,00
6.5. Tarifas Bancárias	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
6.6. Impostos/Taxas	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
7. Locações	R\$ 199.650,00	R\$ 2.395.800,00
7.1. Imóveis	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
7.2. Veículos Leves	R\$ 45.600,00	R\$ 547.200,00
7.3. Equipamentos de Informática	R\$ 55.050,00	R\$ 660.600,00
7.4. Equipamentos Médicos, Odontológicos e Mobiliários	R\$ 95.000,00	R\$ 1.140.000,00
7.5. Ambulâncias	R\$ -	R\$ -
7.6. Outras Locações (descrever)	R\$ -	R\$ -

8. Serviços Públicos e Comunicação	R\$	35.700,00	R\$	428.400,00
8.1. Telefonia	R\$	2.600,00	R\$	31.200,00
8.2. Água	R\$	15.450,00	R\$	185.400,00
8.3. Energia Elétrica	R\$	14.000,00	R\$	168.000,00
8.4. Internet e Dados	R\$	3.650,00	R\$	43.800,00
8.5. Rádio Comunicação	R\$	-	R\$	-
8.6. Outros (descrever)	R\$	-	R\$	-
9. Serviços de Terceiros	R\$	1.376.223,43	R\$	16.514.681,16
9.1. Serviços Médicos	R\$	791.376,80	R\$	9.496.521,60
9.2. Serviços Odontológicos	R\$	102.172,14	R\$	1.226.065,68
9.3. Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho	R\$	12.000,00	R\$	144.000,00
9.4. Extintores	R\$	1.710,00	R\$	20.520,00
9.5. Controlador de Acesso, Segurança e Monitoramento	R\$	177.250,00	R\$	2.127.000,00
9.6. Controle de Pragas (+ Limpeza de Caixas D'água)	R\$	6.003,00	R\$	72.036,00
9.7. Produção de Materiais Gráficos	R\$	9.000,00	R\$	108.000,00
9.8. Digitalização e Guarda de Documentos	R\$	2.211,49	R\$	26.537,88
9.9. Transporte Especializado	R\$	-	R\$	-
9.10. Limpeza Técnica	R\$	169.200,00	R\$	2.030.400,00
9.11. Serviços Apoio Financeiro e Prestação de Contas	R\$	17.100,00	R\$	205.200,00
9.12. Serviços Contábeis e Auditoria	R\$	14.000,00	R\$	168.000,00
9.13. Serviços Jurídicos	R\$	13.200,00	R\$	158.400,00
9.14. Serviços Apoio em Recursos Humanos	R\$	10.000,00	R\$	120.000,00
9.14.1. Serviços Apoio em Gestão de Qualidade e Operacional	R\$	10.000,00	R\$	120.000,00
9.14.2. Serviços Manutenção Predial e Mobiliário	R\$	31.000,00	R\$	372.000,00
9.15. Serviços de Apoio Institucional e Comunicação	R\$	10.000,00	R\$	120.000,00
10. Serviços de Informática	R\$	103.000,00	R\$	1.236.000,00
10.1. Sistema de Gestão	R\$	93.000,00	R\$	1.116.000,00
10.2. Software Licenciado	R\$	5.500,00	R\$	66.000,00
10.3. Aplicativos Operacionais	R\$	3.500,00	R\$	42.000,00
10.4. Sistema Mobile	R\$	1.000,00	R\$	12.000,00
10.5. Outros (descrever)	R\$	-	R\$	-
11. Capacitação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos	R\$	12.000,00	R\$	144.000,00
11.1. Instrutores / Palestrantes	R\$	8.000,00	R\$	96.000,00
11.2. Materiais de Treinamento	R\$	1.000,00	R\$	12.000,00
11.3. Cursos e Eventos	R\$	3.000,00	R\$	36.000,00
11.4. Outras Despesas com Educação Permanente (detalhar)	R\$	-	R\$	-
12. Reserva Financeira para Aquisição de Bens e Obras Futuras	R\$	15.200,00	R\$	182.400,00
12.1. Aquisição de Bens Permanentes/Mobiliário, Equipamentos	R\$	5.200,00	R\$	62.400,00
12.2. Reforma/Ampliação	R\$	10.000,00	R\$	120.000,00
TOTAL	R\$	3.480.648,87	R\$	41.767.786,44

VALOR MENSAL: R\$ 3.480.648,87
(Três milhões, Quatrocentos e oitenta mil, Seiscentos e quarenta e oito reais e oitenta e sete centavos)

VALOR ANUAL: R\$ 41.767.786,44
(Quarenta e um milhões, Setecentos e sessenta e sete mil, Setecentos e oitenta e seis reais e Quarenta e quatro centavos)

4.1 Planilha de Detalhamento dos Custos por Despesa X Custo Médio por Procedimento

PLANILHA DETALHAMENTOS DOS CUSTO POR DESPESAS X CUSTO MÉDIO POR PROCEDIMENTO

DETALHAMENTO DOS CUSTOS POR DESPESAS X CUSTO MÉDIO POR PROCEDIMENTO		
IDENTIFICADOR DE CUSTO	VALOR DE REFERÊNCIA	METODOLOGIA DE CÁLCULO
(A) Custo Total Operacional Mensal	R\$ 3.480.648,87	Somatório dos Grupos de Despesas do Item (1 ao 12)
(B) Meta Total de Produção (LOTE 1)	13829	Soma de todos os Procedimentos
(C) Custo Médio por Procedimentos	R\$ 251,69	RESULTADO DE C = (A/B)

Grupo de Despesas	Item de Despesa	Valor Mensal de Referência (R\$)
1. RECURSOS HUMANOS (CLT)	1.1 Salários e Encargos (Vencimentos, INSS, FGTS, PIS)	R\$ 1.012.443,98
	1.2 Provisões (Férias ,13º Salários, Rescisões)	R\$ 191.071,78
	1.3 Benefícios (Vale Transporte e Cesta Básica)	R\$ 162.000,14
	1.4 Contribuições Sindicais/ Assistências	R\$ 8.000,00
	1.5 Outras Despesas com Pessoal (descrever)	R\$ 2.000,00
SUBTOTAL GRUPO 1		R\$ 1.375.515,90
2. MEDICAMENTOS	2.1. Medicamentos	R\$ 135.000,00
SUBTOTAL GRUPO 2		R\$ 135.000,00
3. MATERIAIS DE CONSUMO	3.1. Higienização e Limpeza	R\$ 20.220,00
	3.2. Escritório e Expediente	R\$ 8.425,00
	3.3. Material de Consumo (Copa / Cozinha)	R\$ 3.370,00
	3.4. Informática e Comunicação	R\$ 7.000,00
	3.5. Gases Medicinais	R\$ 8.030,00
	3.6. Enfermagem (Insumos Hospitalares e Odontológicos)	R\$ 98.000,00
	3.7. Outros Materiais Diversos	R\$ -
SUBTOTAL GRUPO 3		R\$ 145.045,00
4. MATERIAL DE USO OPERACIONAL	4.1. Combustível	R\$ 11.664,54
	4.2. Uniformes	R\$ 4.500,00
	4.3. Proteção e Segurança (EPI)	R\$ 3.000,00
	4.4. Material de Manutenção Predial e Outros	R\$ 8.500,00
SUBTOTAL GRUPO 4		R\$ 27.664,54
5. MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA	5.1. Equipamentos Médicos	R\$ 11.500,00
	5.2. Equipamentos Odontológicos	R\$ 8.500,00
	5.3. Rede de Gases	R\$ 4.000,00
	5.4. Ar Condicionado	R\$ 14.500,00
	5.5. Imóveis	R\$ 3.500,00
	5.6. Veículos	R\$ -
	5.7. Tecnologia da Informação	R\$ 5.000,00
	5.8. Outras Manutenções (descrever)	R\$ -
SUBTOTAL GRUPO 5		R\$ 47.000,00
6. SEGUROS, IMPOSTOS, TAXAS e DESPESAS FINANCEIRAS	6.1. Seguros de Imóveis	R\$ 3.700,00
	6.2. Seguros de Automóveis	R\$ -
	6.3. Seguro Patrimonial RC	R\$ 2.450,00
	6.5. Tarifas Bancárias	R\$ 1.000,00
	6.6. Impostos/Taxas	R\$ 1.500,00
SUBTOTAL GRUPO 6		R\$ 8.650,00

7. LOCAÇÕES	7.1. Imóveis	R\$	4.000,00
	7.2. Veículos Leves	R\$	45.600,00
	7.3. Equipamentos de Informática	R\$	55.050,00
	7.4. Equipamentos Médicos, Odontológicos e Mobiliários	R\$	95.000,00
	7.5. Ambulâncias	R\$	-
	7.6. Outras Locações (descrever)	R\$	-
SUBTOTAL GRUPO 7		R\$	199.650,00
8. SERVIÇOS PÚBLICOS E COMUNICAÇÃO	8.1. Telefonia	R\$	2.600,00
	8.2. Água	R\$	15.450,00
	8.3. Energia Elétrica	R\$	14.000,00
	8.4. Internet e Dados	R\$	3.650,00
	8.5. Rádio Comunicação	R\$	-
	8.6. Outros (descrever)	R\$	-
SUBTOTAL GRUPO 8		R\$	35.700,00
9. SERVIÇOS DE TERCEIROS	9.1. Serviços Médicos Especializados	R\$	791.376,80
	9.2. Serviços Odontológicos	R\$	102.172,14
	9.3. Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho	R\$	12.000,00
	9.4. Extintores	R\$	1.710,00
	9.5. Controlador de Acesso, Segurança e Monitoramento	R\$	177.250,00
	9.6. Controle de Pragas	R\$	6.003,00
	9.7. Produção de Materiais Gráficos	R\$	9.000,00
	9.8. Digitalização e Guarda de Documentos	R\$	2.211,49
	9.9. Transporte Especializado	R\$	-
	9.10. Limpeza Técnica	R\$	169.200,00
	9.11. Serviços Apoio Financeiro e Prestação de Contas	R\$	17.100,00
	9.12. Serviços Contábeis e Auditoria	R\$	14.000,00
	9.13. Serviços Jurídicos	R\$	13.200,00
	9.14. Serviços Apoio em Recursos Humanos	R\$	10.000,00
	9.14.1. Serviços Apoio em Gestão de Qualidade e Operacional	R\$	10.000,00
	9.14.2. Serviços Manutenção Predial e Mobiliário	R\$	31.000,00
	9.15. Serviços de Apoio Institucional e Comunicação	R\$	10.000,00
	9.16. Outros Serviços de Terceiros (descrever)	R\$	-
SUBTOTAL GRUPO 9		R\$	1.376.223,43
10. SERVIÇOS DE INFORMÁTICA	10.1. Sistema de Gestão	R\$	93.000,00
	10.2. Software Licenciado	R\$	5.500,00
	10.3. Aplicativos Operacionais	R\$	3.500,00
	10.4. Sistema Mobile	R\$	1.000,00
	10.5. Outros (descrever)	R\$	-
SUBTOTAL GRUPO 10		R\$	103.000,00
11. CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS	11.1. Instrutores / Palestrantes	R\$	8.000,00
	11.2. Materiais de Treinamento	R\$	1.000,00
	11.3. Cursos e Eventos	R\$	3.000,00
	11.4. Outras Despesas com Educação Permanente (detalhar)	R\$	-
SUBTOTAL GRUPO 11		R\$	12.000,00
12. RESERVA FINANCEIRA P/ AQUISIÇÃO DE BENS E OBRAS FUTURAS	12.1 Reserva Financeira p/ Aquisição de Bens e Obras Futuras	R\$	15.200,00
SUBTOTAL GRUPO 12		R\$	15.200,00
TOTAL GERAL		R\$	3.480.648,87

4.2 Planilha de Detalhamento dos Custos por Procedimento X Metas

REDE BASICA - ESF - LOTE 1 - DETALHAMENTO DOS CUSTOS POR PROCEDIMENTOS X METAS

PROCEDIMENTOS	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	META DE PRODUÇÃO INDIVIDUAL MENSAL	DESPESA UNITÁRIA DAS METAS	Nº TOTAL DE PROCEDIMENTO META	DESPESA MENSAL POR CATEGORIA
Consulta	Generalista	40	320	R\$ 103,91	3840	R\$ 399.010,07
Visita Domiciliar	Generalista	40	16	R\$ 103,91	192	R\$ 19.950,50
Reunião de Equipe	Generalista	40	1	R\$ 103,91	12	R\$ 1.246,91
Consulta	Generalista	20	160	R\$ 103,91	960	R\$ 99.752,52
Consulta	Especialidade Médica	-	600	R\$ 282,20	600	R\$ 169.320,00
Consulta	Enfermeiro	40	100	R\$ 57,56	4000	R\$ 230.256,66
Visita Domiciliar	Enfermeiro	40	16	R\$ 57,56	640	R\$ 36.841,07
Grupo Educativo/Terapêutico	Enfermeiro	40	4	R\$ 57,56	160	R\$ 9.210,27
Reunião de Equipe	Enfermeiro	40	1	R\$ 57,56	40	R\$ 2.302,57
Consulta - Primeira Consulta	Dentista	40	160	R\$ 29,43	1920	R\$ 56.508,86
Consulta - Tratamento Concluído	Dentista	40	100	R\$ 29,43	1200	R\$ 35.318,04
Grupo Educativo/Terapêutico	Dentista	40	4	R\$ 29,43	48	R\$ 1.412,72
Reunião de Equipe	Dentista	40	1	R\$ 29,43	12	R\$ 353,18
Consulta	Farmacêutico	40	10	R\$ 398,20	110	R\$ 43.801,71
Grupo Educativo/Terapêutico	Farmacêutico	40	4	R\$ 398,20	44	R\$ 17.520,68
Reunião de Equipe	Farmacêutico	40	1	R\$ 398,20	11	R\$ 4.380,17
Grupo Educativo/Terapêutico	EMULTI	-	40	R\$ 183,59	40	R\$ 7.343,43
Total					13829	R\$ 1.134.529,35

As categorias, com seus respectivos procedimentos atuam nas unidades de Execução da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

A metodologia adotada para a elaboração da presente tabela fundamentou-se no dimensionamento da produção assistencial prevista para cada categoria profissional, observando-se as metas quantitativas estabelecidas para cada procedimento, a carga horária semanal dos profissionais e o custo unitário correspondente às atividades desenvolvidas.

Inicialmente, foi definida a meta de produção individual mensal para cada categoria, considerando os parâmetros assistenciais aplicáveis a consultas, visitas domiciliares, grupos educativos/terapêuticos e reuniões de equipe. Em seguida, o quantitativo total de procedimentos foi obtido mediante a multiplicação da produção individual pelo número de profissionais previstos para cada categoria, resultando na meta mensal global de atendimentos.

Posteriormente, a despesa unitária de cada procedimento foi calculada com base no custo mensal do respectivo profissional, contemplando remuneração e demais custos diretos relacionados à execução da atividade, distribuídos proporcionalmente à capacidade produtiva mensal estabelecida.

A despesa mensal por categoria foi apurada pela multiplicação da despesa unitária pelo quantitativo total de procedimentos previstos para o período, permitindo mensurar o custo necessário para o cumprimento integral das metas assistenciais estabelecidas no edital.

Por fim, o valor global apresentado corresponde ao somatório das despesas mensais de todas as categorias profissionais e procedimentos previstos, refletindo o custo estimado para o atendimento das metas de produção mensal da operação. Essa metodologia assegura a proporcionalidade entre o quantitativo de profissionais, a capacidade operacional das equipes e os recursos financeiros necessários para a execução dos serviços, garantindo a compatibilidade entre a produção assistencial planejada e a composição econômico-financeira da proposta.

• 5. Declaração da proponente

A presente Proposta Econômico-Financeira foi elaborada com base nas premissas, quantitativos, metas assistenciais e requisitos operacionais estabelecidos no Edital e seus anexos, sendo acompanhada das respectivas memórias de cálculo que demonstram, de forma detalhada e transparente, a metodologia empregada na composição dos custos.

As memórias de cálculo apresentam a estratificação de cada grupo de despesa, contemplando os critérios utilizados para o dimensionamento dos recursos humanos, insumos, materiais de consumo, medicamentos, serviços terceirizados, locações, manutenção, utilidades, encargos, tributos e demais custos operacionais necessários à execução do objeto contratual. Para cada rubrica foram considerados os quantitativos estimados, a frequência de utilização, os parâmetros operacionais, os índices de produtividade, as metas assistenciais e os valores de mercado obtidos por meio de pesquisas de preços, contratos de referência, atas de registro de preços, tabelas oficiais e demais fontes idôneas.

A metodologia adotada buscou assegurar a rastreabilidade de todos os valores apresentados, permitindo a verificação da formação dos custos unitários e totais, bem como sua compatibilidade com as obrigações previstas no Edital. Dessa forma, a composição financeira reflete uma estimativa técnica fundamentada em critérios objetivos, observando os princípios da economicidade, exequibilidade, eficiência, transparência e equilíbrio econômico-financeiro da futura contratação.

Ressalta-se que todas as premissas, critérios de dimensionamento, índices utilizados e metodologias de cálculo encontram-se devidamente demonstrados nas memórias de cálculo anexas, possibilitando a completa compreensão da composição dos valores apresentados e evidenciando a consistência técnica da proposta financeira.

lrm

- **6. Validade da proposta**

Validade da proposta	90 dias, contados da data de apresentação.
Local e data	São Bernardo do Campo, 23 de julho de 2026.

- **7. Assinaturas**

PAULO ANDRE
MATTA
CHAGAS:42052
674870

Assinado de forma
digital por PAULO
ANDRE MATTA
CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.22
16:51:52 -03'00'

Responsável legal da proponente

Nome: **Paulo André Matta Chagas**

CPF: **420.526.748-70**

Cargo/Função: **PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Am

Anexo II

RECURSOS HUMANOS

Am

DIMENSIONAMENTOS

- 1. Dimensionamento de Recursos Humanos

COMPOSIÇÃO DA REMUNERAÇÃO	AGENTE COMUNITÁRIO PMO	AGENTE ADMINISTRATIVO PMO	ALMOXARIFE	ANALISTA ADMINISTRATIVO	ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PMO
1. Salário Base			R\$ 2.000,00		R\$ 4.783,76	R\$ 3.154,03	
2. Adicional de Insalubridade			R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20	
3. Adicional Noturno							
4. Encargos Sociais e Trabalhistas			R\$ 185,94		R\$ 408,64	R\$ 278,26	
5. Benefícios			R\$ 669,12		R\$ 547,12	R\$ 509,88	
6. Provisões de 13º Salário, Férias e Encargos			R\$ 341,66		R\$ 750,87	R\$ 511,30	
7. Provisão para Rescisão Contratual			R\$ 129,68		R\$ 284,98	R\$ 194,05	
8. Cobertura de Ausências (Férias, Folgas, Afastamentos e Atestados)							
9. Outros Custos Diretos (Justificar)							
10. REMUNERAÇÃO BRUTA INDIVIDUAL (R\$)			R\$ 2.324,20		R\$ 5.107,96	R\$ 3.478,23	
11. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	103	1	1		1	11	2
12. CUSTO MENSAL POR CARGO (R\$)			R\$ 3.650,60		R\$ 7.099,57	R\$ 55.678,92	
13. CUSTO ANUAL POR CARGO (R\$)			R\$ 43.807,20		R\$ 85.194,84	R\$ 668.147,04	
14. REGIME DE CONTRATAÇÃO / CARGA HORÁRIA SEMANAL	PMO	PMO	CLT (40 HRS)		CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO

ASSISTENTE CONTÁBIL	ASSISTENTE DE COMPRAS	ASSISTENTE DE COMUNICAÇÃO	ASSISTENTE DE FATURAMENTO	ASSISTENTE DE QUALIDADE	ASSISTENTE FINANCEIRO	ASSISTENTE RECURSOS HUMANOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PMO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM PMO
R\$ 3.532,20	R\$ 3.532,20	R\$ 3.154,03	R\$ 5.200,00	R\$ 4.000,00	R\$ 2.935,04	R\$ 3.154,03	R\$ 1.854,72		
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20		
R\$ 308,51	R\$ 308,51	R\$ 278,26	R\$ 441,94	R\$ 345,94	R\$ 260,74	R\$ 278,26	R\$ 174,31		
R\$ 577,19	R\$ 577,19	R\$ 599,88	R\$ 547,12	R\$ 549,12	R\$ 613,02	R\$ 599,88	R\$ 677,84		
R\$ 566,90	R\$ 566,90	R\$ 511,30	R\$ 812,06	R\$ 635,67	R\$ 479,11	R\$ 511,30	R\$ 320,31		
R\$ 215,15	R\$ 215,15	R\$ 194,05	R\$ 308,20	R\$ 241,25	R\$ 181,84	R\$ 194,05	R\$ 121,56		
R\$ 3.856,40	R\$ 3.856,40	R\$ 3.478,23	R\$ 5.524,20	R\$ 4.324,20	R\$ 3.259,24	R\$ 3.478,23	R\$ 2.178,92		
1	1	1	1	1	1	1	42	2	5
R\$ 5.524,15	R\$ 5.524,15	R\$ 5.061,72	R\$ 7.633,52	R\$ 6.096,18	R\$ 4.793,95	R\$ 5.061,72	R\$ 145.863,48		
R\$ 66.289,80	R\$ 66.289,80	R\$ 60.740,64	R\$ 91.602,24	R\$ 73.154,16	R\$ 57.527,40	R\$ 60.740,64	R\$ 1.750.361,76		
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	PMO

AUXILIAR DE FARMÁCIA	AUXILIAR DE FARMÁCIA PMO	AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	COORDENADOR DE FROTA	COORDENADOR DE OPERAÇÃO	COORDENADOR(A) ATENÇÃO BÁSICA	COORDENADORIA DE ENFERMAGEM
R\$ 2.188,86		R\$ 2.257,06	R\$ 1.900,00	R\$ 8.577,06	R\$ 3.658,63	R\$ 6.180,50	R\$ 10.532,00	R\$ 7.176,92
R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20
R\$ 201,04		R\$ 206,50	R\$ 177,94	R\$ 712,10	R\$ 318,63	R\$ 520,38	R\$ 868,50	R\$ 600,09
R\$ 657,79		R\$ 653,70	R\$ 675,12	R\$ 547,12	R\$ 569,60	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12
R\$ 369,42		R\$ 379,46	R\$ 467,08	R\$ 1.308,49	R\$ 585,48	R\$ 956,19	R\$ 1.595,86	R\$ 1.102,66
R\$ 140,20		R\$ 144,01	R\$ 179,50	R\$ 496,60	R\$ 222,21	R\$ 362,90	R\$ 605,67	R\$ 418,49
R\$ 2.513,06		R\$ 2.581,26	R\$ 2.224,20	R\$ 8.901,26	R\$ 3.982,83	R\$ 6.504,70	R\$ 10.856,20	R\$ 7.501,12
9	3	2	1	1	1	1	1	1
R\$ 34.933,59		R\$ 7.929,86	R\$ 3.723,84	R\$ 11.965,57	R\$ 5.678,75	R\$ 8.891,29	R\$ 14.473,35	R\$ 10.169,48
R\$ 419.203,08		R\$ 95.158,32	R\$ 44.686,08	R\$ 143.586,84	R\$ 68.145,00	R\$ 106.695,48	R\$ 173.680,20	R\$ 122.033,76
CLT (40 HRS)	PMO	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)

COORDENADOR E-MULTI	COORDENADOR(A) (Responsável Técnico) FARMÁCIA	COORDENADOR(A) (Responsável Técnico) DE SAÚDE BUCAL	EDUCADOR FÍSICO	* ENFERMEIRO(A)	ENFERMEIRO(A) PMO	*ENFERMEIRO(A) (Responsável Técnico)	FARMACÊUTICO(A)	FARMACÊUTICO(A) PMO	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA (Responsável Técnico)
R\$ 4.634,08	R\$ 6.618,15	R\$ 3.000,00	R\$ 3.468,51	R\$ 4.318,18		R\$ 4.518,18	R\$ 3.615,98		R\$ 4.212,80	R\$ 5.100,00
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20
R\$ 396,66	R\$ 555,39	R\$ 265,94	R\$ 303,42	R\$ 371,39		R\$ 387,39	R\$ 315,21		R\$ 362,96	R\$ 433,94
R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 609,12	R\$ 581,01	R\$ 547,12		R\$ 547,12	R\$ 572,16		R\$ 547,12	R\$ 547,12
R\$ 728,86	R\$ 1.020,53	R\$ 698,08	R\$ 557,53	R\$ 682,43		R\$ 711,83	R\$ 579,22		R\$ 666,94	R\$ 1.139,09
R\$ 276,62	R\$ 387,32	R\$ 268,26	R\$ 211,60	R\$ 259,00		R\$ 270,16	R\$ 219,82		R\$ 253,12	R\$ 437,73
R\$ 4.958,28	R\$ 6.942,35	R\$ 3.324,20	R\$ 3.792,71	R\$ 4.642,38		R\$ 4.842,38	R\$ 3.940,18		R\$ 4.537,00	R\$ 5.424,20
1	1	1	1	32	3	8	11	1	2	1
R\$ 6.907,54	R\$ 9.452,71	R\$ 5.165,60	R\$ 5.446,27	R\$ 208.074,24		R\$ 54.071,04	R\$ 61.892,49		R\$ 12.734,28	R\$ 7.982,08
R\$ 82.890,48	R\$ 113.432,52	R\$ 61.987,20	R\$ 65.355,24	R\$ 2.496.890,88		R\$ 648.852,48	R\$ 742.709,88		R\$ 152.811,36	R\$ 95.784,96
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	CLT (30 HRS)	CLT (30 HRS)

FONOAUDIÓLOGO(A)	GERENTE GERAL	GERENTE (UNIDADE) I	GERENTE (UNIDADE) II	GERENTE (UNIDADE) III	*JOVEM APRENDIZ	MOTORISTA	NUTRICIONISTA	PSICÓLOGO(A) PMO
R\$ 6.000,00	R\$ 9.838,00	R\$ 6.000,00	R\$ 6.800,00	R\$ 7.500,00	R\$ 1.874,36	R\$ 2.018,39	R\$ 4.352,50	
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20	
R\$ 505,94	R\$ 812,98	R\$ 505,94	R\$ 569,94	R\$ 625,94	R\$ 175,88	R\$ 187,41	R\$ 374,14	
R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 676,66	R\$ 668,02	R\$ 547,12	
R\$ 929,65	R\$ 1.493,84	R\$ 929,65	R\$ 1.047,27	R\$ 1.150,15	R\$ 323,19	R\$ 344,36	R\$ 687,47	
R\$ 352,83	R\$ 566,95	R\$ 352,83	R\$ 397,47	R\$ 436,51	R\$ 122,65	R\$ 130,69	R\$ 260,91	
R\$ 6.324,20	R\$ 10.162,20	R\$ 6.324,20	R\$ 7.124,20	R\$ 7.824,20	R\$ 2.198,56	R\$ 2.342,59	R\$ 4.676,70	
1	1	3	3	2	7	9	1	8
R\$ 8.659,74	R\$ 13.583,09	R\$ 25.979,22	R\$ 29.058,00	R\$ 21.167,84	R\$ 24.478,58	R\$ 33.057,63	R\$ 6.546,34	
R\$ 103.916,88	R\$ 162.997,08	R\$ 311.750,64	R\$ 348.696,00	R\$ 254.014,08	R\$ 293.742,96	R\$ 396.691,56	R\$ 78.556,08	
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO

SUPERVISOR (A) OPERACIONAL	SUPERVISOR DE TI	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PMO	TECNICO DE INFORMATICA	TECNICO/ AUX. DE SAUDE BUCAL (40 HRS)	TECNICO/ AUX. DE SAUDE BUCAL (40 HRS) PMO	TECNICO/ AUX. DE SAUDE BUCAL (20 HRS) PMO	TECNICO DE FARMACIA PMO	TECNICO EM RADIOLOGIA	TRABALHADOR DE SERVIÇOS GERAIS PMO
R\$ 5.200,00	R\$ 4.036,80	R\$ 3.022,73		R\$ 2.200,00	R\$ 2.150,00				R\$ 3.190,85	
R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 324,20		R\$ 324,20	R\$ 324,20				R\$ 324,20	
R\$ 441,94	R\$ 348,88	R\$ 267,75		R\$ 201,94	R\$ 197,94				R\$ 281,20	
R\$ 547,12	R\$ 547,12	R\$ 607,76		R\$ 657,12	R\$ 660,12				R\$ 597,67	
R\$ 812,06	R\$ 641,06	R\$ 492,01		R\$ 371,07	R\$ 363,71				R\$ 516,70	
R\$ 308,20	R\$ 243,31	R\$ 186,73		R\$ 140,83	R\$ 138,04				R\$ 196,11	
R\$ 5.524,20	R\$ 4.361,00	R\$ 3.346,93		R\$ 2.524,20	R\$ 2.474,20				R\$ 3.515,05	
1	1	80	3	4	13	1	1	1	2	1
R\$ 7.633,52	R\$ 6.141,37	R\$ 392.094,40		R\$ 15.580,64	R\$ 49.842,13				R\$ 10.213,46	
R\$ 91.602,24	R\$ 73.996,44	R\$ 4.705.132,80		R\$ 186.967,68	R\$ 598.105,56				R\$ 122.561,52	
CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	CLT (40 HRS)	CLT (40 HRS)	PMO	PMO	PMO	CLT (06 HRS)	PMO

• **2. Dimensionamento de Médicos e Odontologia.**

RESUMO			
TOTAL DE PROFISSIONAIS	TOTAL MENSAL	TOTAL ANUAL	STATUS GERAL
35,00	R\$ 791.376,80	R\$ 9.496.521,60	OK

UNIDADE	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	JORNADA SEMANAL EM HORAS	DIMENSIONAMENTO	CEDIDOS PMM	À CONTRATAR OSS
ESF	GENERALISTA	40	38	26	12
ESF	GENERALISTA	20	6	0	6
ESF	GENERALISTA	8	6	0	6
ESF	G.O.	10	2	2	0
ESF	PSQUIATRA AD	96 CONSULTA/MÊS	3	0	3
ESF	PSQUIATRA INF	96 CONSULTA/MÊS	1	0	1
ESF	NEUROLOGISTA AD	160 CONSULTA/MÊS	1	0	1
ESF	NEUROLOGISTA INF	120 CONSULTA/MÊS	1	0	1
ESF	COORD. MÉDICO	20	4	0	4
ESF	DIRETOR MÉDICO	20	1	0	1

1 psiquiatra por pólo (CSII, ESF Vila Margarida, UBS CDHU)

RESUMO QUADRO ODONTO			
TOTAL DE PROFISSIONAIS	TOTAL MENSAL	TOTAL ANUAL	STATUS GERAL
16	R\$ 102.172,14	R\$ 1.226.065,68	OK

UNIDADE	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	JORNADA SEMANAL EM HORAS	DIMENSIONAMENTO	CEDIDOS PMM	À CONTRATAR OSS
UBS VILA SÃO PAULO	ODONTOLOGISTA	40	2	0	2
UBS SANTO ANTÔNIO	ODONTOLOGISTA	40	2	0	2
UBS SANTO ANTÔNIO	ODONTOLOGISTA SÁBADO	8	1	0	1
UBS ANTÔNIO NHAM	ODONTOLOGISTA	40	1	0	1
UBS VILA MARGARIDA	ODONTOLOGISTA	40	2	1	1
UBS VILA MARGARIDA	ODONTOLOGISTA SÁBADO	8	1	0	1
UBS JARDIM YONE	ODONTOLOGISTA	40	1	0	1
UBS CDHU	ODONTOLOGISTA	40	3	1	2
UBS CSII	ODONTOLOGISTA	40	2	0	2
UBS CSII	ODONTOLOGISTA	20	2	1	1
UBS CSII	ODONTOLOGISTA SÁBADO	8	1	0	1
UBS JARDIM CASTELO	ODONTOLOGISTA	40	3	2	1

6/20

• **3. Dimensionamento de Facilities**

FACILITIES				
FUNÇÃO	D	N	TOTAL	CARGA HR SEMANAL
AUXILIAR DE LIMPEZA	12	12	24	40 HRS
CONTROLE DE ACESSO	8	0	8	40 HRS
VIGILANTE	8	8	16	40 HRS
SUPERVISOR OPERACIONAL	1	0	1	40 HRS
TOTAL GERAL			49	

• **4. Assinaturas**

PAULO ANDRE MATTA
CHAGAS:42052674870
674870

Assinado de forma digital por PAULO ANDRE MATTA
CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.22 16:52:35 -03'00'

Responsável legal da proponente

Nome: Paulo André Matta Chagas

CPF: 420.526.748-70

Cargo/Função: PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Am

Anexo III

DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS

Am



6.1.9.5 /

Protocolos Assistenciais

Diretrizes e padronizações para a prática assistencial qualificada, segura e humanizada na Atenção Primária à Saúde.



**ATENÇÃO
INTEGRAL**



**SEGURANÇA
DO PACIENTE**



**QUALIDADE
ASSISTENCIAL**



**PADRONIZAÇÃO
E EFICIÊNCIA**



**COMPROMISSO
COM A VIDA.
CUIDADO QUE TRANSFORMA.**



SANTA CASA

de Misericórdia de
São Bernardo do Campo



1.

Protocolos para Condições Crônicas

Diretrizes assistenciais para prevenção, acompanhamento e manejo das principais condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.



**CUIDADO
INTEGRAL**



**ATENÇÃO
HUMANIZADA**



**SEGURANÇA
DO PACIENTE**



**QUALIDADE E
RESULTADOS**



**COMPROMISSO
COM A VIDA.
CUIDADO QUE TRANSFORMA.**

km

1. Protocolos para Condições Crônicas

A Irmandade Santa Casa de São Bernardo do Campo comprometida com a excelência na gestão dos serviços de saúde e com a qualificação permanente da assistência, apresenta os Protocolos Assistenciais que nortearão as ações desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Esses documentos foram elaborados com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, nas normativas dos Conselhos Profissionais e nas melhores evidências científicas, com o objetivo de padronizar os processos de trabalho, promover a segurança do paciente, garantir a qualidade do cuidado e fortalecer a integralidade da assistência. Os protocolos constituem instrumentos fundamentais para apoiar a atuação das equipes multiprofissionais, assegurando atendimento humanizado, resolutivo e alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o objetivo de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, a Irmandade Santa Casa de São Bernardo do Campo adotará protocolos assistenciais padronizados que orientarão as ações das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde. Esses protocolos visam promover o diagnóstico precoce, o acompanhamento longitudinal, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida dos usuários, contemplando as seguintes linhas de cuidado:

- **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):** protocolo para rastreamento, diagnóstico, estratificação do risco cardiovascular, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, monitoramento periódico e acompanhamento clínico dos pacientes hipertensos.
- **Diabetes Mellitus (DM):** protocolo voltado à prevenção, identificação precoce, controle glicêmico, educação em saúde, acompanhamento contínuo e prevenção das complicações agudas e crônicas, incluindo avaliação do pé diabético, nefropatia, retinopatia e doença cardiovascular.
- **Doenças Cardiovasculares:** protocolo destinado à prevenção dos fatores de risco, avaliação clínica, acompanhamento multiprofissional, promoção de hábitos saudáveis e padronização das condutas médicas e de enfermagem para redução da morbimortalidade cardiovascular.
- **Doenças Respiratórias Crônicas:** protocolo para o manejo integral da Asma e da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), contemplando diagnóstico, tratamento, acompanhamento longitudinal, monitoramento da evolução clínica, educação em saúde, uso correto de dispositivos inalatórios e prevenção de exacerbações.

A seguir, são apresentados os Manuais e Protocolos Assistenciais que serão adotados pela Irmandade Santa Casa de São Bernardo do Campo na 863

operacionalização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, os mesmos serão revisados periodicamente, conforme atualização das normas técnicas e necessidades identificadas durante a execução contratual.

Protocolo de Enfermagem na Atenção à Hipertensão

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multicausal, multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Representa o principal fator de risco cardiovascular. Sua prevenção e controle exigem diferentes abordagens multiprofissionais para o enfrentamento da doença e dos fatores de risco, como os hábitos alimentares inadequados, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o uso excessivo de bebidas alcoólicas, o estresse e outros, objetivando alcançar mudança de comportamento, estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis.

A HAS é uma doença crônica, assintomática, com alta de prevalência e baixas taxas de controle e adesão, além de uma elevada carga de morbimortalidade. No Brasil, estima-se em torno de 30% a prevalência de hipertensão em adulto, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Define-se como Hipertensão Arterial Sistêmica, uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos adultos que não estão em uso de medicação anti-hipertensiva (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Sabe-se que a atuação da equipe multiprofissional tem a vantagem de proporcionar ações diferenciadas, tais como: visão multidisciplinar do indivíduo, padronização do atendimento, troca de informações e conhecimentos, e com isso conseguir maior adesão dos pacientes hipertensos e melhores resultados no tratamento.

Diante das características da doença, a atuação da equipe multiprofissional no tratamento e controle da mesma tem como vantagem a atuação do enfermeiro na atenção à HAS; por sua visão e prática global das propostas de tratamento não medicamentoso e medicamentoso, pela sua atuação na abordagem individual e coletiva que, comprovadamente, tem alcançado resultados mais consistentes, além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade.

É importante ressaltar que a assistência de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), objetivando a educação em saúde para o autocuidado, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além da equipe de enfermagem, envolvendo a equipe multiprofissional nas ações desenvolvidas. (Resolução do Cofen nº 864



358/15, de outubro de 2009).

O objetivo deste protocolo é subsidiar a conduta do profissional enfermeiro, que atua na atenção básica, atualizando conhecimentos e estratégias, oferecendo uma abordagem integral do cuidado à população hipertensa usuária do sistema único de saúde. Este protocolo segue orientações dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde e, embasados nas leis, decretos e resoluções da legislação do exercício profissional da enfermagem, conforme Coren-GO e Cofen.

Prevenção Primária – Rastreamento de Casos/Busca Ativa

Considerando as características da HAS, orienta-se a intensificação de atividades de captação dos casos de demanda espontânea, dos eventos, campanhas e ações de sensibilização da população. Essas ações de rastreamento produzirão busca ativa dos casos, (preferencialmente na atenção básica) com valores pressóricos alterados, sequenciando o diagnóstico precoce. Outra ação preponderante é o envolvimento e fortalecimento de parcerias não governamentais, civis e empresárias para o enfrentamento, controle e monitoramento da HAS.

Acolhimentos/ Classificação de Enfermagem- Triagem nos serviços de urgência e emergência hipertensivas

São atendimentos realizados, preferencialmente, pelo enfermeiro ou pelos profissionais de enfermagem em um formulário próprio para triagem de pessoas que procuram o serviço da Unidade na Atenção Ambulatorial e/ou na Urgência/ Emergência.

Assistência de Enfermagem nas Crises Hipertensivas (Urgências e Emergências Hipertensivas)

A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), podendo envolver risco de morte (Rosa et al, 2003, Praxedes e Santelo, 2006). Geralmente, a PA diastólica está acima de 120 mmHg, contudo a situação clínica é mais importante do que os valores propriamente ditos, as quais podem desencadear uma situação de urgência ou emergência clínica.

As crises hipertensivas podem ter origem na hipertensão arterial não controlada ou em outras situações, a exemplo de pré e pós-operatórios.

A urgência hipertensiva tem como característica o aumento da PA que não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, e o controle da PA poderá ser feito com a redução gradual em 24 horas.

Nas urgências, o aumento da pressão arterial está relacionado a sintomas como cefaleia, vertigem, agitação psicomotora, arritmias e epistaxe sem sinais agudos de lesões em órgãos-alvo ou risco eminente de vida.

A emergência hipertensiva é a situação caracterizada por PA marcadamente elevada com lesão de órgãos-alvo requerendo internação, geralmente em unidades de terapia intensiva e uso de medicação intravenosa.

Nas emergências, além do risco imediato à vida, o aumento da pressão promove a presença de sinais de deterioração em órgãos-alvo, manifestada por sinais de déficit neurológico, dispneia, dor no peito, sinais progressivos de insuficiência renal, dentre outros, a depender do órgão-alvo afetado.

A assistência de enfermagem nas crises hipertensivas consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento prescrito, aconselhar e ensinar a manutenção da saúde ao paciente, quando possível, e à família e orientar a equipe de enfermagem para uma continuidade de tratamento e medidas vitais.

A chamada pseudocrise hipertensiva é uma situação que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensivas, porém ocorre com uma frequência muito maior em serviços de Atenção Básica. Geralmente, apresenta-se como uma medida de PA elevada, associada a queixas vagas de cefaleia ou sintomas e sinais de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo. O tratamento, nesses casos, deve ser dirigido à causa da elevação arterial, como o uso de analgésicos na presença de cefaleia, de modo a evitar o risco de hipotensão e isquemia cerebral ou miocárdica. Muitas vezes, pode refletir a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo ou uso de doses insuficientes (Brasil, 2012). A pseudo crise hipertensiva oferece uma oportunidade para reforçar as medidas não medicamentosas e/ou otimizar o tratamento medicamentoso.

Cabe ao enfermeiro distinguir as duas situações para os devidos encaminhamentos em tempo oportuno. Em ambas as situações, o paciente deve ser encaminhado à consulta médica para avaliação.

Medida da pressão arterial

Para esse procedimento, alguns cuidados são importantes como: tipo do equipamento/calibragem, preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada. Tipo do equipamento/calibragem A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto com uso do esfigmomanômetro coluna de mercúrio e/ou aneroide e com a técnica oscilométrica pelos semiautomáticos digitais de braço, todos validados por protocolos e calibrados por órgãos de rede brasileira responsável (INMETRO).

Preparo do paciente

1. Explicar o procedimento ao paciente.

2. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo com temperatura agradável.

3. Deve ser orientado a não conversar durante a medida, e possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.

4. Certificar-se de que o paciente NÃO:

- Está com a bexiga cheia,
- Praticou exercícios físicos nos últimos 30 minutos,
- Ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes do procedimento,
- Fumou nos 30 minutos anteriores.

5. O paciente deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço do paciente deve estar na altura do coração, livres de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente

1. Obter a circunferência do braço (aproximadamente no meio). Após a medida, selecionar o manguito o manguito de tamanho adequado ao braço do paciente.

2. Localizar a artéria radial para palpação (lado externo do antebraço).

3. Colocar o manguito sem deixar folga, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.

4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial.

5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

6. Inflar rapidamente o manguito até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtida pela palpação.

7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo), evitando congestão venosa e desconforto para o paciente.

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) que é em geral fraco, seguida de batimentos regulares e, após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.

9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff) exceto em condições especiais.

10. Auscultar até cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa.

11. Se o batimento persistir até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/ diastólica/ zero

12. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem arredondamento, especificando qual braço a pressão foi medida.

Quadro 1. Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
Recém-nascido	≤ 10	Largura	Cumprimento
Criança	11-15	4	8
Infantil	16-22	6	12
Adulto Pequeno	20-26	9	18
Adulto	27-34	10	17
Adulto grande	35-45	12	23

(VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)

Quadro 2. Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos)

Classificação	Classificação	
	Pressão Sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe ou Pré-hipertensão	130-139	80-89

pressão normal alta		
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160 -179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	< 90

* O efeito do avental branco (EAB) – É a diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele $\geq$ a 20mmHg na pressão sistólica e 10mmHg na diastólica - (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Quadro 3. Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da Pressão Arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses

Hipertensão o Estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão o Estágio 2	PA > Percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica
Hipertensão do avental branco	PA > Percentil 95	---

* Para idade, sexo e percentil de estatura. - (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)

Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

Essas etapas são: histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa), implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado) (Caderno de Atenção Básica Nº 37/ MS, 2013).

História clínica

- Identificação: nome, endereço, sexo, idade, raça/cor, escolaridade, nome da mãe e pai, nacionalidade, naturalidade, estado civil, e condição socioeconômica (ocupação, estrutura familiar, condições de moradia, bens de consumo).
 - História atual: duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios.
 - Queixas atuais: sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
 - Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (DCV): doenças cardíacas, hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca.
- Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico. Nefropatia. Doença vascular arterial periférica. Retinopatia hipertensiva, Gota, Doença arterial coronária.
- Hábitos de vida: incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, cafeína, alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene e funções fisiológicas.
 - Consumo de medicamentos que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios).
 - Consumo de drogas lícitas e ilícitas.
 - Investigação fatores de risco: Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Tabagismo, Sobrepeso e Obesidade, Sedentarismo, Perda de peso, características do sono, função sexual, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, mulheres pós-menopausa, raça, idade e gênero.
 - História familiar: Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Coronariana prematura (homens < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
 - Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

Exame físico

- Medidas antropométricas - Peso, altura, IMC, circunferência abdominal.
- Inspeção: fácies, sinais sugestivos de hipertensão secundária; avaliação das extremidades e edemas.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).

- Tórax e abdômen.
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).
- Alterações de visão.

Confirmação da elevação da pressão arterial e frequência cardíaca

- Realizar duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, 2 minutos, com paciente em posição sentada. A verificação da pressão arterial, em ambos os membros superiores e em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS _ 20 mmHg e PAD _ 10 mmHg) e/ou idosos, recomenda-se, também, nas posições deitada (supina) e em pé (ortostática). Observar a variação da “síndrome do jaleco branco”.

- Pulso radial e carotídeo (verificar).

Diagnósticos das necessidades de cuidado

É a interpretação, estratificação de risco para as doenças cardiovasculares, conclusões quanto às necessidades, problemas e preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial. Para essa estratificação de risco cardiovascular, recomenda-se a utilização do escore de Framingham, que tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco, baixo/intermediário, de acordo com o quadro abaixo. (Caderno de Atenção Básica Nº 37/ MS, 2013).

Quadro 4. Achados do exame clínico e anamnes indicativos de Risco para Doenças Cardiovascular(DCV)

BAIXO RISCO/ INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
---------------------------------------	-------------------

• Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • Histórico familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) • Idade > 65 anos	• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de Ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus
--	--

Fonte: Brasil,2010.

Planejamento da assistência

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com HAS, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em saúde e o vínculo com a equipe.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

1. A doença e o processo de envelhecimento.
2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis
3. Percepção de presença de complicações.

4. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais).

5. Solicitação e avaliar dos exames previstos no protocolo assistencial local.

- Hemograma
- Urina (bioquímica e sedimento)
- Creatinina sérica
- Potássio sérico
- Sódio
- Glicemia de jejum
- Lipidograma total
- Ácido úrico
- Ureia
- Eletrocardiograma

Implementação da assistência

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Tratamento da HAS

O tratamento da HAS pode ser não medicamentoso e medicamentoso e inclui as seguintes estratégias: educação em saúde, modificações dos hábitos de vida, envolvimento do indivíduo no processo terapêutico e, quando necessário, tratamento medicamentoso, conforme preconizados pelos protocolos estabelecidos.

Tratamento não medicamentoso

O paciente deve ser continuamente estimulado a:

Manutenção do peso adequado :estabelecer um controle do peso da Obesidade/ Sobrepeso, mantendo metas para o paciente alcançar valores ideais indicados, observando cada caso. A relação entre aumento de peso e pressão arterial (PA) está diretamente relacionada, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora do perfil metabólico (glicemia, perfil lipídicos). Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal < 88 para as mulheres. (IMC = P/A^2), pois P= peso em quilos e A= altura em metros.

Quadro 5. Magnitude de risco para doenças cardiovasculares a partir dos valores de índice de massa corporal

MAGNITUDE DO RISCO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (KG/M²)	CLASSIFICAÇÃO
Peso saudável	18 a 24,9	----
Risco moderado	25 a 29,9	Pré-obesidade
Risco alto	30 a 34,9	Obesidade grau I
Risco muito alto	35 a 39,9	Obesidade grau II
Risco extremo	≤ 40	Obesidade grau III

Quadro 6. Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade em função da medida da cintura, por sexo

SEXO	RISCO AUMENTADO	RISCO MUITO AUMENTADO
Homens	94 cm	102 cm
Mulheres	80 cm	88 cm

Fonte: WHO, 1997

Obs: A determinação da circunferência da cintura se dá pela medida no ponto médio entre o rebordo costal e crista ilíaca, indicando a distribuição de gordura corporal.

Plano alimentar saudável

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável que inclui orientações úteis no dia a dia do paciente. Devem-se valorizar as exigências de uma alimentação saudável, o controle do peso corporal, as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

- Mastigar demoradamente os alimentos.
- Não comer quando estiver agitado, nervoso.
- Manter horário padronizado para alimentação (não beliscar entre as refeições).
- Não comer alimentos muito quentes ou muito frios.
- Evitar longos períodos de jejum, fazendo fracionamento alimentar de até 8 vezes.
- Variar os alimentos e as preparações para evitar a monotonia.

- Preferir alimentos pouco energéticos (os mais energéticos são aqueles gordurosos, as massas, bebidas alcoólicas, refrigerantes e o açúcar).
- Preferir alimentos crus, assados, grelhados ou refogados.
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em fibras uma vez que essas contribuem para maior saciedade e, conseqüentemente, menor ingestão calórica.
- Tomar cuidado com uso de adoçantes artificiais, pois são compostos por sódio em boa parte das vezes.
- Aumentar a ingestão de líquido -o mínimo de dois litros/dia (água, sucos, chás).

Redução do consumo de sal

Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação tanto aos hipertensos quanto às demais pessoas sobre os benefícios da redução de sódio na dieta. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, o equivalente a uma colher rasa de chá/dia/pessoa.

Recomendações importantes:

- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa.
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, fast food.
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializado.

Consumo de fibras

As fibras são classificadas em solúveis e insolúveis. As fibras insolúveis são representadas pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças). A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, sendo 5 a 10 g, solúveis.

No tratamento de pacientes portadores de HA, sugere-se o incentivo do consumo de alimentos que sejam fonte de fibras solúveis e seus alimentos-fonte devem ser consumidos, preferencialmente, no início das refeições.

- Incluir, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana.
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatado.

Gorduras saturadas e insaturadas

Optar por alimentos com reduzido teor de gordura, preferencialmente, do tipo mono ou poli-insaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;

As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oleico) são óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas).

Baixo consumo de bebidas alcoólicas

Há associação entre a ingestão de álcool e as alterações de PA dependentes da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada às maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a, no máximo, 30g de etanol ao dia, para homens e 15g para as mulheres, preferencialmente, com as refeições.

Volume de 30 g de etanol equivale ao volume aproximado de: Cerveja = 625 ml ou 2 latas (350) ou 1 garrafa (650ml) /Vinho= 312,5 ml ou 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml /Uísque, vodca, aguardente = 93,7 ml ou 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml.

*Recomendações importantes: É sempre oportuno ressaltar que o álcool atenua os efeitos dos fármacos anti hipertensivos, além do fato de que os níveis superiores a esse implicam no aumento de doenças cardiovasculares, AVC e hipertensão arterial, além da dependência e fatores sociais.

Prática regular de atividade física

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir, consideravelmente, o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso.

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser:

- Realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5), de forma contínua ou acumulada. O efeito da atividade de intensidade moderada pode ser de forma acumulada sendo que os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (por exemplo: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite).

- A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos

realizados em 5 dias por semana).

- Atividades aeróbicas: natação, caminhada, corrida, ciclismo, dança e outros.
- De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se a conversação. Ex: uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa.

*Recomendações importantes em benefícios observados com atividade física regular:

- Fortalece o coração
- Ajuda a perda de peso
- Ajuda a controlar a pressão arterial
- Contribui com a Queda dos valores do colesterol, triglicerídeos e níveis glicêmicos e suas complicações
- Melhora o funcionamento intestinal
- Melhora a aparência e a disposição para o trabalho
- Melhora o estresse, cansaço, irritabilidade e nervosismo
- Melhora a qualidade do sono

Suspensão do hábito de fumar

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças graves, incapacitantes e fatais, incluindo as cardiovasculares.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é preconizado pelo INCA/Ministério da Saúde responsável pelas ações de controle do tabagismo e envolve 4 ações básicas:

Ambientes Livres do Tabaco – Instituição das leis federal, estadual e municipal de ações normativas de controle e proibições de fumar em ambientes fechados e coletivos.

Atividades Educativas de Sensibilização e Conscientização – Realização de campanhas, seminários, cursos, capacitações e comemorações das datas pontuais (31/05 - Dia Mundial Sem tabaco e 29/08 - Dia Nacional de Combate ao Fumo).

Abordagem Mínima ao Fumante - Abordagem individual aos fumantes, realizada por todo e qualquer profissional da saúde, durante as consultas de rotina.

Abordagem Intensiva ao Fumante - Abordagem em grupo aos fumantes, realizada por 878

profissionais de saúde capacitados no Programa. É uma proposta de assistência estruturada, seletiva, que visa tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento. Grupo terapêutico educativo, fechado, com apoio medicamentoso e duração de 6 meses ou mais.

As atribuições do enfermeiro(a) envolvem a realização das consultas de enfermagem, conforme Protocolo Clínico ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo PNCT ou definidas localmente.

Durante as consultas, devem-se realizar orientações ao tabagista:

- Identificar os pacientes fumantes.
- Avaliar o grau de dependência à nicotina e o grau de motivação para a cessação do tabagismo.
- Relatar os riscos para a própria saúde e para a saúde dos que convivem com o fumante.
- Relatar os benefícios ao parar de fumar.
- Oferecer apoio e acompanhamento.

Recomendações importantes:

- Abordar o fumante sem agressividade ou preconceito
- Ter uma postura acolhedora
- Dirigir a intervenção aos fatores que tornam a cessação de fumar relevante para o paciente
- Deve trabalhar em equipe integrando áreas do conhecimento profissional para valorizar os diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

Controle do estresse psicossocial

Fatores psicossociais, econômicos e educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e da manutenção da HAS, podendo funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábito. Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, apesar de resultados ainda conflitantes, porém alguma técnica, associada aos apoios psicoterápicos, pode ajudar bastante.

Recomendações importantes:

- Atividade física regular.
- Meditação, musicoterapia, biofeedback, ioga.
- Interação profissional/paciente/de forma sistematizada e bem estruturada na rotina do serviço.
- Estabelecer um envolvimento e vínculo com a família com respeito,

confiabilidade para melhor adesão.

- Técnicas de grupo conduzidas pela equipe multiprofissional.
- Propiciar um ambiente acolhedor durante a abordagem ao paciente.
- Orientar o paciente a organizar suas atividades e seu tempo, aceitar seus limites,

procurar se divertir, fazer alguma coisa que o deixe feliz, como ir ao cinema, ler um livro, visitar um amigo, descansar alguns minutos durante os dias para evitar o estresse.

Educação em saúde/grupos

Segundo a OPAS (2003) nos países em desenvolvimento, a adesão aos tratamentos de longa duração é de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, com encargos muito elevados para a sociedade, governo e familiares.

A educação em saúde que faz parte tanto da promoção da saúde, como do tratamento da HAS, é uma importante estratégia de controle da epidemia das doenças crônicas/HAS. A educação tem como finalidade influenciar o paciente para obtenção de mudanças de comportamento e a manutenção de hábitos de vida saudáveis. Os objetivos se relacionam a:

- Despertar os profissionais de saúde para flexibilização dos saberes e práticas de saúde.
- Ajudar o paciente a entender, conhecer e aceitar as doenças.
- Conhecer e reconhecer comportamentos de risco.
- Incentivar a participação do paciente nas decisões do tratamento e do diagnóstico.
- Negociar e cumprir as metas e propostas de tratamento estabelecidas.
- Enfrentar problemas de manutenção do tratamento.
- Procurar reforçar o modelo de conhecimento: Reforço-Recompensa (resultado ou realização).

O grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema reflete um comprometimento efetivo com o autocuidado e maior chance de sucesso. Há um consenso em que os programas que consideram aspectos culturais e idade das pessoas têm melhores resultados, assim como aqueles que trabalham com grupos educativos possibilitam o crescimento de todos os sujeitos envolvidos.

Recomendações importantes:

A implementação da educação em saúde pode ser realizada de diversas maneiras, (de forma individual ou coletiva) através de estratégias de campanhas informativas junto à mídia televisiva e impressa, nas redes sociais e aplicativos, envolvimento nas datas pontuais, em eventos públicos, entrevistas profissionais, trabalhos em praças, feiras, igrejas, além da formação de grupos.

Outros instrumentos e a elaboração de material apropriado às diversas faixas etárias e assuntos como fitas, vídeos, boletins, jornais, cartazes, folhetos, músicas e outras modalidades envolvem o uso de performances teatrais e artes cênicas utilizáveis pelos educadores no dia a dia como complemento maciço de multiplicação de informações. Outra estratégia é organizar os serviços de educação e saúde dentro das instituições, empresas e indústrias, pois assegura o envolvimento dos trabalhadores. Sugere-se, também, a consolidação das atividades nas escolas e ensinos fundamentais para alunos (PSE), a qual dissemina ações e informações de saúde entre professores e alunos, tornando-os agentes multiplicadores dentro de suas famílias e comunidades.

A educação em saúde é inerente ao profissional enfermeiro que tem um papel relevante na adesão do paciente e estímulo à formação de hábitos saudáveis como ferramenta do ensino do profissional, que tem o papel de educador.

Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades.

Registrar, em prontuário, todo o processo de acompanhamento. Cadastrar o paciente com diagnóstico confirmado. Agendar consultas subsequentes com equipe multiprofissional, conforme necessidade.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS

O termo “diabetes mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogênicas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

O diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas aos sintomas de diabetes, mas também aos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária) (BRASIL, 2013).

Classificação

Diabetes mellitus tipo 1

- Apresentação geralmente abrupta.
- Ocorre, em crianças e adolescentes, sem excesso de peso.
- O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta (produtora de insulina no pâncreas) que leva, geralmente, ao estágio de deficiência absoluta de insulina.
- A administração de insulina é necessária para evitar a cetoacidose.
- Alguns casos desse tipo de diabetes podem apresentar uma fase pré-cetótica não insulino dependente (BRASIL, 2013).

Diabetes mellitus tipo 2

- Início insidioso e sintomas mais brandos.
- Pode permanecer assintomática por longos períodos.
- Manifesta-se, geralmente, em adultos com excesso de peso e/ou incidência de DM tipo 2 na família.
- Observa-se um aumento da incidência da doença em crianças e adolescentes, pelo aumento da incidência de obesidade nos mesmos.
- Estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção.
- Cetoacidose é mais rara de ocorrer e, quando presente, está associada a situações de estresse ou infecções graves.
- Pode ser desencadeada por defeitos genéticos, endocrinopatias, medicamentos e infecções.
- Alguns tipos de diabetes podem comportar como insulino dependente, mesmo pouco

tempo após o diagnóstico (BRASIL, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Diabetes gestacional

• Estado de hiperglicemia diagnosticado pela primeira vez na gestação e, geralmente, se resolve no período do pós-parto e poderá retornar anos depois. Para maiores informações sobre diabetes gestacional, leia o Protocolo 5 de Atenção à Saúde da Mulher e Pré-Natal.

Quadro 1. Sinais/sintomas e condições de risco para Diabetes Mellitus

Sinais/Sintomas
-Poliúria, polidipsia, polifagia
-Nictúria, emagrecimento rápido
-Fadiga, astenia, letargia
-Encontro causal de hiperglicemia ou glicosúria
-Redução da acuidade visual
-Proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica (complicações)
-Impotência sexual, infecções urinárias e cutâneas (complicações)

Condições de Risco
-Idade $\geq$ 45 anos e histórico familiar
-Obesidade, história de inatividade física
-História de doença cardiovascular
-História de Diabetes Gestacional ou de recém-nascido com mais de 4kg
-Hipertensão arterial ($>140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos)
-Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL)
-Outras: doenças pancreáticas e endócrinas, iatrogênicas, síndromes genéticas.

Fonte: American Diabetes Association, 2013

Quadro 2. Critérios para diagnóstico de Diabetes e de regulação glicêmica alterada

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)
+ glicemia casual ≥ 200 mg/dl (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições);
=OU=
Glicemia de jejum ≥ 110 mg/dl*;
=OU=
Glicemia ≥ 200 mg/d no teste de tolerância à glicose, 2 horas após 75g de glicose*

* Devem ser confirmados com nova glicemia

Quadro 3. Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e teste de tolerância à glicose

Classificação	Glicemia em jejum*	TTG 2h após 75g glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada
Glicemia normal	< 110	< 140	<200	-----
Glicemia alterada	>110 e <126	-----	-----	-----
Tolerância à glicose diminuída	-----	≥ 140 e < 200	-----	-----
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200	200 (+ sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 36- Diabetes Mellitus

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas. **Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso.

Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com DM

Histórico:

• Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).

- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).

- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.

- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.

- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.

- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas.

- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo).

Exame Físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.

- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.

- Alterações visuais.

- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.

- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.

- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.

- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de cândida albicans.

Quadro 4. Rotina mínima de exames para portadores de DM

Glicemia de jejum e HbA1C
Colesterol total (CT), HDL e triqlcerídeos (TG)
Creatinina sérica
Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/ creatinina
Fundoscopia

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus

O Tratamento para o DM objetiva, principalmente:

- Aliviar os sintomas.
- Melhorar a qualidade de vida.
- Prevenir complicações agudas (descompensação hiperglicêmica aguda, cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica e a hipoglicemia).
- Prevenir alterações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia).
- Prevenir alterações macrovasculares (doença coronariana, cerebral e dos membros inferiores e hipertensão arterial).
- Reduzir mortalidade.

Alimentação Saudável

- Manter o peso adequado.
- Os alimentos devem ser distribuídos em 5 ou 6 refeições durante o dia, com horários regulares.
- Os carboidratos devem fornecer 50-60% do total calórico, sendo principalmente do tipo integral.
- Baixa ingestão de gorduras saturadas (gorduras animais: banha, toucinho, pele de aves, leite integral etc.), ácidos graxos mono ou poli-insaturados (óleos vegetais, exceto o de coco, margarina, etc.) podem ser consumidos até 30-35% do total de calorias, não exceder a 300 mg/dia de colesterol.
- Evitar a sacarose para prevenir oscilações acentuadas de glicemia.
- Restrição de ingestão de álcool, principalmente nos obesos, hipertensos e hipertrigliceridêmicos.
- As proteínas não devem exceder 15% do total de calorias.
- A escolha dos alimentos deve ser orientada por lista com indicações daqueles que devem ser evitados, podem ser consumidos com moderação e os que não têm restrições.
- Os adoçantes artificiais calóricos (sorbitol e frutose, por exemplo) devem ser usados com moderação. Os não calóricos devem ser preferidos.
- Consumir peixes, assados e cozidos, pelo menos uma vez por semana.
- Consumir, diariamente verduras e frutas, junto com algum cereal (aveia, granola, linhaça) para evitar aumento da glicemia.
- Lembrar que os tubérculos (cará, batata e mandioca) não são recomendados.
- Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.

Atividade física

• Atividade física regular é indicada a todos os pacientes com diabetes, adequando e respeitando as suas limitações, melhora assim, o controle metabólico, reduz o uso de hipoglicemiantes, promove o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos das doenças cardiovasculares e melhora a qualidade de vida.

• O exercício deve começar de forma gradual, como caminhadas de 5 a 10 minutos, em terreno plano, aumentando semanalmente até 30 a 60 minutos, 5 a 7 vezes por semana.

• Usar calçados adequados e confortáveis, porque evitam lesões nos pés como calosidades e rachaduras;

• A intensidade do exercício deve ser aumentada, progressivamente, até atingir intensidade moderada (60 a 80% da frequência cardíaca máxima).

• O exercício deve ser adequado ao quadro de complicações que o paciente apresenta.

• Incentivar atividades que deem prazer ao paciente, como danças e caminhadas.

Cuidados com a pele

• Examinar a pele, diariamente, principalmente pés e mãos, se preciso utilizar um espelho.

• Observar quanto à alteração de coloração, sensibilidade e aparecimento de lesões. • Evitar sapatos apertados ou muito largos para evitar lesões. Usá-los sempre com meias e dar preferência aos mais macios.

• As meias devem ser de algodão e sem elástico.

• Jamais andar descalço, mesmo que esteja em casa.

• Lavar bem os pés e as mãos com água morna e nunca quente, lembrando-se sempre de enxugá-los completamente e entre os dedos.

• O uso de hidratantes é encorajado, aqueles à base de lanolina ou vaselina e nunca usar entre os dedos.

• Cortar as unhas retas, horizontalmente, sem retirar os cantos.

• Jamais tentar retirar calos ou rachaduras ou unhas encravadas sozinho

Cuidados com os pacientes portadores de DM tipo 1

• Paciente em uso de insulina deve evitar fazer a aplicação em local em que será muito exercitado, pois pode afetar sua velocidade de absorção.

• Fazer rodízio entre os locais de aplicação da insulina: abdômen, parte traseira superior dos braços, as nádegas e a lateral exterior das coxas.

• Se possível, realizar controle metabólico antes da atividade.

• Ingerir um alimento de carboidrato, se a glicemia for inferior a 100 mg/dl.

- Ingerir carboidratos de fácil digestão antes, durante e depois de exercício prolongado.
- Evitar exercitar-se no pico de ação da insulina.
- Evitar exercícios de intensidade elevada e de longa duração (mais de 60 minutos).
- Estar alerta para sintoma de hipoglicemia durante e após o exercício.
- Carregar consigo um alimento contendo carboidrato para ser usado em eventual hipoglicemia.

Educação

Algumas informações são imprescindíveis que sejam repassadas ao portador de DM:

- O que é diabetes
- Tipos e objetivos do tratamento.
- Necessidades individuais da dieta e como planejá-la.
- Efeitos da ingestão de alimentos, exercícios, stress, drogas hipoglicemiantes orais e insulina (aplicação e ajuste da dose quando apropriados) sobre a glicemia.
- Como reconhecer e proceder em emergências (hipoglicemia, hiperglicemia, doença intercorrente).
- Sinais, sintomas e principais problemas associados ao diabetes.
- Automonitoramento e controle domiciliar, significado dos resultados e ações a serem executados.

Conclusão

Os protocolos tem por objetivo de proporcionar ao enfermeiro (a) subsídios para reconhecer a importância do componente educativo no cuidado dos pacientes em todas as instancias de saúde, que este enfermeiro (a) consiga identificar os principais problemas decorrentes de uma saúde ruim, ou de um mau uso de medicações.

Que este enfermeiro possa utilizar de recursos da unidade e de seu conhecimento técnico através da consulta de enfermagem e visita domiciliar. O serviço de enfermagem da unidade deve encaminhar, para consultas médicas mensais, os pacientes não aderentes ao tratamento, pacientes de difícil controle de suas doenças e portadores de lesões em órgão-alvo ou comorbidades graves.

Os enfermeiros devem ter o conhecimento de que podem repetir a medicação, prescrita pelo médico, de indivíduos com receituário de uso continuo e que não necessitam de uma consulta p ajuste de algum problema, os ditos sem intercorrências desde a última consulta.

Os enfermeiros devem solicitar durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe.

O enfermeiro deve inscrever todos os pacientes nos programas desenvolvidos na unidade, bem como promover o processo saúde educação destes clientes através de grupos, entre eles podemos destacar a importância de orientar os fluxos da unidade, para que este paciente não se sinta prejudicado.

A saúde se faz com profissionais enfermeiros qualificados, cientes dos seus atos, e detentores do saber necessário para levar o paciente ao quadro de saúde desejado pela tentar salvar uma vida a qualquer custo as vezes pode trazer malefícios não só para o profissional, mas para todo um trabalho de equipe.

O enfermeiro, deve, portanto, saber os princípios do SUS e do suporte básico de vida, onde oferecerá ao paciente as condições mínimas necessárias em caso de urgência ou emergência.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL
DOENÇAS CARDIOVASCULARES
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

APRESENTAÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, representando importante impacto epidemiológico, social e econômico para os sistemas de saúde. Hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e doença arterial periférica respondem por elevada demanda assistencial, internações, incapacidades permanentes e óbitos evitáveis.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na prevenção, identificação precoce, estratificação do risco cardiovascular, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado desses usuários, desenvolvendo ações integradas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, diagnóstico oportuno, tratamento e monitoramento contínuo.

Nesse contexto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelece o presente Protocolo Assistencial Institucional, com a finalidade de padronizar as condutas clínicas e assistenciais desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde, assegurando atendimento qualificado, humanizado e baseado nas melhores evidências científicas.

O protocolo fundamenta-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), do Ministério da Saúde e dos protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

1. OBJETIVO

Objetivo Geral

Padronizar as ações de promoção da saúde cardiovascular, prevenção dos fatores de risco, rastreamento, diagnóstico, estratificação do risco cardiovascular, acompanhamento clínico e encaminhamento dos usuários com doenças cardiovasculares atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Objetivos Específicos

- Promover hábitos de vida saudáveis.
- Identificar precocemente indivíduos com fatores de risco cardiovascular.
- Realizar estratificação do risco cardiovascular.
- Padronizar a avaliação clínica.
- Organizar o acompanhamento multiprofissional.



- Reduzir complicações cardiovasculares evitáveis.
- Diminuir internações por condições sensíveis à APS.
- Promover o uso racional de medicamentos.
- Fortalecer o autocuidado apoiado.
- Integrar a assistência com a Rede Municipal de Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO

As doenças cardiovasculares apresentam evolução lenta e frequentemente assintomática nas fases iniciais, tornando imprescindível a atuação organizada da Atenção Primária na identificação precoce dos fatores de risco e no acompanhamento contínuo dos usuários.

A atuação integrada das Equipes de Saúde da Família possibilita controlar fatores modificáveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada, reduzindo significativamente o risco de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca.

Este protocolo adota abordagem multiprofissional, centrada na pessoa, priorizando ações preventivas, educativas e de monitoramento longitudinal.

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se às:

- Unidades Básicas de Saúde;
- Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Equipes de Saúde Bucal;
- eMulti;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Equipes Médicas;
- Equipes de Enfermagem;
- Rede Municipal de Atenção à Saúde.

4. DEFINIÇÃO

As Doenças Cardiovasculares constituem um grupo de enfermidades que acometem o coração e os vasos sanguíneos, decorrentes principalmente da aterosclerose, hipertensão arterial, alterações metabólicas e fatores comportamentais.

Na Atenção Primária, as principais condições acompanhadas incluem:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Doença Arterial Coronariana;
- Insuficiência Cardíaca;

- Doença Cerebrovascular;
- Doença Arterial Periférica;
- Dislipidemias.

O controle adequado dessas condições reduz significativamente eventos cardiovasculares maiores, melhora a qualidade de vida e diminui a mortalidade.

5. PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

Não modificáveis

- Idade avançada;
- Sexo masculino;
- História familiar de doença cardiovascular precoce;
- Predisposição genética.

Modificáveis

- Hipertensão arterial;
- Diabetes mellitus;
- Dislipidemia;
- Tabagismo;
- Sedentarismo;
- Obesidade;
- Alimentação inadequada;
- Consumo abusivo de álcool;
- Estresse crônico;
- Doença renal crônica.



Todos os fatores deverão ser avaliados nas consultas e registrados no prontuário eletrônico.

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação inicial compreenderá:

- História clínica completa;
- Antecedentes familiares;
- Hábitos de vida;
- Uso de medicamentos;
- Avaliação antropométrica;
- Aferição da pressão arterial;
- Frequência cardíaca;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Circunferência abdominal;
- Exame cardiovascular;
- Avaliação de sintomas sugestivos de doença cardiovascular.

7. EXAMES COMPLEMENTARES



EXAMES COMPLEMENTARES NA AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

Os exames complementares auxiliam no diagnóstico, na estratificação do risco cardiovascular e no acompanhamento do tratamento.



01 Glicemia;  Avalia os níveis de glicose no sangue e auxilia no rastreamento e controle do diabetes.	02 Hemoglobina glicada;  Reflete a média da glicemia dos últimos 2 a 3 meses. Importante para diagnóstico e monitoramento do diabetes.	03 Perfil lipídico;  Colesterol total LDL-c HDL-c Triglicerídeos Avalia os níveis de gorduras no sangue e o risco para doenças cardiovasculares.	04 Creatinina;  Avalia a função renal, importante para estratificação de risco cardiovascular e ajuste de medicações.	05 Potássio;  Eletrólito essencial para o funcionamento cardíaco. Alterações podem causar arritmias e complicações.
06 Sódio;  Eletrólito que influencia a pressão arterial e o equilíbrio hidroeletrólítico. Importante no controle de DCV.	07 Urina tipo I;  Avalia alterações renais, presença de proteínas, glicose, sangue, entre outros marcadores.	08 Microalbuminúria;  Detecta pequenas quantidades de albumina na urina. Importante para identificar lesão renal precoce.	09 Eletrocardiograma;  Avalia a atividade elétrica do coração. Auxilia no diagnóstico de arritmias, isquemia, hipertrofias e outras alterações.	10 Ecocardiograma;  Ultrassom do coração que avalia a estrutura e a função cardíaca, válvulas e câmaras.
11 Teste ergométrico;  Avalia a resposta do coração ao esforço físico. Auxilia no diagnóstico de isquemia miocárdica.	12 Radiografia de tórax;  Avalia tamanho do coração, presença de congestão, doenças pulmonares associadas e outras alterações.	12 Ultrassonografia Doppler vascular;  Avalia o fluxo sanguíneo nas artérias e veias. Importante no diagnóstico de doença arterial periférica e carotídea.	14 Outros exames conforme protocolos municipais.  Podem incluir: holter, MAPA, ressonância cardíaca, angiogramografia, entre outros, conforme indicação clínica.	



A solicitação de exames deve ser baseada na avaliação clínica e na estratificação do risco cardiovascular.
 A interpretação dos resultados deve orientar o plano terapêutico e o acompanhamento do usuário.



Quando indicados, poderão ser solicitados:

- Glicemia;
- Hemoglobina glicada;
- Perfil lipídico;
- Creatinina;
- Potássio;
- Sódio;
- Urina tipo I;
- Microalbuminúria;
- Eletrocardiograma;
- Ecocardiograma;
- Teste ergométrico;
- Radiografia de tórax;
- Ultrassonografia Doppler vascular;
- Outros exames conforme protocolos municipais.

8. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Todos os usuários deverão ser classificados quanto ao risco cardiovascular.

Serão considerados:

- idade;
- pressão arterial;

- diabetes;
- colesterol;
- tabagismo;
- obesidade;
- doença renal;
- antecedentes cardiovasculares.

Classificação

Baixo risco

- Educação em saúde.
- Mudança do estilo de vida.
- Reavaliação periódica.

Risco moderado

- Intervenções intensificadas.
- Controle rigoroso dos fatores de risco.
- Seguimento multiprofissional.

Alto risco

- Tratamento medicamentoso otimizado.
- Monitoramento frequente.
- Encaminhamento quando indicado.

Muito alto risco

- Acompanhamento compartilhado com Cardiologia.
- Monitoramento intensivo.
- Plano terapêutico individualizado.

9. TRATAMENTO

Não Farmacológico

Todos os usuários deverão receber orientações quanto a:

- cessação do tabagismo;
- alimentação saudável;
- redução do sal;
- prática regular de atividade física;
- controle do peso;
- redução do consumo de álcool;
- manejo do estresse;
- qualidade do sono.

Será realizado conforme protocolos clínicos do Ministério da Saúde e REMUME.

Poderão ser utilizados:

- anti-hipertensivos;
- estatinas;
- antiagregantes plaquetários;
- hipoglicemiantes;
- anticoagulantes quando indicados;
- diuréticos;
- betabloqueadores;
- IECA;
- BRA;
- antagonistas dos canais de cálcio.

10. ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL

O cuidado será desenvolvido de forma integrada envolvendo:

Médico

- avaliação clínica;
- diagnóstico;
- prescrição;
- estratificação do risco.

Enfermeiro

- consultas de enfermagem;
- monitoramento;
- educação em saúde;
- acompanhamento longitudinal.

Farmacêutico

- uso racional de medicamentos;
- adesão terapêutica;
- farmacovigilância.

Nutricionista

- plano alimentar;
- controle do peso;
- educação nutricional.

Educador Físico / Fisioterapeuta

- atividade física;
- reabilitação cardiovascular.

Psicólogo

- apoio emocional;
- adesão ao tratamento.

ACS

- busca ativa;
- visitas domiciliares;
- monitoramento territorial.

11. INTEGRAÇÃO COM A REDE

A assistência será integrada com:

- Estratégia Saúde da Família;
- Saúde Bucal;
- eMulti;
- Farmácia;
- Vigilância em Saúde;
- Regulação Municipal;
- Cardiologia;
- Serviços de Apoio Diagnóstico;
- Hospital;
- SAMU 192.

12. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Serão encaminhados para atenção especializada usuários com:

- hipertensão resistente;
- insuficiência cardíaca;
- suspeita de doença coronariana;
- angina;
- arritmias;
- síncope;
- valvopatias;
- doença arterial periférica grave;
- alto risco cardiovascular.

13. INDICADORES

Serão monitorados:

- cobertura de rastreamento cardiovascular;
- percentual de hipertensos controlados;
- percentual de diabéticos controlados;



- percentual de estratificação do risco registrada;
- adesão ao tratamento;
- internações por doenças cardiovasculares;
- infarto agudo do miocárdio;
- AVC;
- mortalidade cardiovascular;
- encaminhamentos para Cardiologia;
- absenteísmo;
- visitas domiciliares realizadas.

14. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação deste protocolo espera-se:

- reduzir a morbimortalidade cardiovascular;
- aumentar o diagnóstico precoce;
- melhorar o controle da hipertensão e dislipidemia;
- ampliar a adesão ao tratamento;
- reduzir internações evitáveis;
- fortalecer o acompanhamento longitudinal;
- qualificar a atuação multiprofissional;
- aumentar a resolutividade da Atenção Primária;
- promover maior integração da Rede Municipal de Saúde;
- melhorar os indicadores assistenciais e a qualidade de vida da população.

Esse protocolo segue o mesmo padrão institucional adotado para Asma e

PROTOCOLO - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

PROTOCOLO DE ASMA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Importância da Atenção Primária à Saúde na Prevenção das Exacerbações

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e exerce papel estratégico na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e no acompanhamento longitudinal das pessoas com asma. Por meio da atuação das Equipes de Saúde da Família, a APS possibilita o acompanhamento contínuo dos usuários, favorecendo o controle da doença, a redução das exacerbações, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida.

A prevenção das exacerbações está diretamente relacionada à organização do cuidado e ao acompanhamento sistemático dos pacientes, contemplando consultas periódicas, monitoramento da evolução clínica, avaliação do controle da doença, identificação precoce dos fatores desencadeantes e revisão permanente do plano terapêutico. A atuação preventiva das equipes também compreende ações de promoção da saúde, educação em saúde, incentivo à cessação do tabagismo, atualização do calendário vacinal, orientação sobre controle ambiental, estímulo à prática de atividades físicas compatíveis com a condição clínica e fortalecimento do autocuidado.

A assistência prestada na APS permite ainda a identificação precoce dos pacientes com maior risco de agravamento, possibilitando intervenções oportunas para evitar atendimentos de urgência, internações hospitalares e complicações decorrentes da doença. O acompanhamento longitudinal fortalece o vínculo entre usuário e equipe de referência, favorece a adesão ao tratamento, melhora a utilização correta dos medicamentos inalatórios e amplia a capacidade de resposta diante das intercorrências clínicas.

Nesse contexto, a atuação integrada das equipes multiprofissionais contribui para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular quando indicado, para a educação permanente dos usuários e familiares e para a construção de um plano de cuidado 899

individualizado, promovendo assistência integral, resolutiva e centrada nas necessidades da pessoa.

Integração com a Rede de Atenção à Saúde

A assistência às pessoas com asma será desenvolvida de forma articulada com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a coordenação do cuidado, a continuidade da assistência e a adequada utilização dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde.

As Equipes de Saúde da Família atuarão como coordenadoras do cuidado, realizando o acompanhamento longitudinal dos usuários, o monitoramento da evolução clínica e a articulação com os demais serviços da rede sempre que houver necessidade de avaliação especializada, realização de exames complementares ou atendimento em outros níveis de atenção.

A integração ocorrerá de forma permanente com as Equipes de Saúde Bucal, eMulti, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e demais serviços municipais, favorecendo o desenvolvimento de ações compartilhadas de promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde, acompanhamento domiciliar, assistência farmacêutica e monitoramento dos pacientes com maior risco clínico.

Quando identificada necessidade de atenção especializada, os encaminhamentos serão realizados por meio dos fluxos regulatórios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando o acesso aos serviços de referência e a continuidade do acompanhamento pela Atenção Primária. Após a avaliação especializada ou atendimento hospitalar, o usuário retornará à Unidade Básica de Saúde por meio do processo de contrarreferência, mantendo o seguimento clínico pela equipe de referência e garantindo a continuidade do plano terapêutico.

A organização integrada entre Atenção Primária, Atenção Especializada, Rede de Urgência e Emergência, Assistência Farmacêutica e demais componentes da Rede Municipal de Saúde fortalece a integralidade da assistência, reduz a fragmentação do cuidado, amplia a 900

resolutividade da APS e contribui para melhores desfechos clínicos, menor ocorrência de exacerbações e utilização mais eficiente dos serviços de saúde.

Essas ações serão desenvolvidas em conformidade com os fluxos assistenciais, protocolos institucionais e diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, garantindo atendimento humanizado, seguro, oportuno e centrado nas necessidades dos usuários.

1. OBJETIVO

O presente Protocolo Assistencial tem por objetivo padronizar as ações relacionadas à prevenção, identificação, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoramento das pessoas com suspeita ou diagnóstico de asma atendidas nas Unidades Básicas de Saúde sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, promovendo assistência integral, segura, humanizada, resolutiva e baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.

O protocolo estabelece diretrizes técnicas para subsidiar a atuação das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, uniformizando os processos assistenciais, fortalecendo a coordenação do cuidado, qualificando a tomada de decisão clínica e assegurando a continuidade do acompanhamento dos usuários ao longo da Rede de Atenção à Saúde.

Tem ainda como objetivos promover o diagnóstico precoce, reduzir a ocorrência de exacerbações, prevenir complicações e internações evitáveis, ampliar a adesão ao tratamento, estimular o autocuidado apoiado, fortalecer as ações de promoção da saúde e educação em saúde, além de contribuir para a melhoria dos indicadores assistenciais e da qualidade de vida das pessoas com asma.

2. FUNDAMENTAÇÃO

A asma constitui uma das doenças respiratórias crônicas de maior prevalência mundial, representando importante problema de saúde pública devido ao impacto na qualidade de vida 901

dos usuários, na utilização dos serviços de saúde, nas internações hospitalares e nos custos assistenciais. Apesar de seu potencial de controle por meio do diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo, a doença permanece como importante causa de morbidade, especialmente quando não há adesão ao tratamento ou acompanhamento sistemático na Atenção Primária à Saúde.

A organização da assistência às pessoas com asma fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, regionalização, coordenação do cuidado e longitudinalidade do acompanhamento, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e principal responsável pelo acompanhamento contínuo das pessoas com doenças crônicas.

Este protocolo foi elaborado com base nas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, observando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), os protocolos clínicos da Secretaria Municipal de Saúde, as recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), da Global Initiative for Asthma (GINA) e demais normativas técnicas aplicáveis.

Sua elaboração considera ainda a necessidade de padronizar os processos assistenciais desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, garantindo que as condutas clínicas sejam realizadas de forma uniforme, segura e baseada em evidências científicas, contribuindo para a redução da variabilidade das práticas assistenciais, fortalecimento da segurança do paciente, melhoria da qualidade da assistência e utilização racional dos recursos públicos.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, o protocolo fortalece o modelo de cuidado centrado na pessoa, no acompanhamento longitudinal e na atuação multiprofissional, promovendo ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, educação em saúde e monitoramento contínuo dos usuários 902

com asma. A atuação articulada das equipes favorece a identificação precoce dos fatores de risco, o acompanhamento da evolução clínica, o estímulo à adesão terapêutica, a utilização correta dos medicamentos e dispositivos inalatórios e a prevenção das exacerbações e internações evitáveis.

Como instrumento institucional de gestão da assistência, este protocolo constitui referência para a organização dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais, orientando a execução das ações assistenciais, o monitoramento dos resultados, a avaliação da qualidade do cuidado e a implementação de ações de melhoria contínua, contribuindo para a qualificação da Atenção Primária à Saúde e para o fortalecimento da Rede Municipal de Saúde.

3. ABRANGÊNCIA

O presente Protocolo Assistencial aplica-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, orientando a atuação integrada das equipes envolvidas na assistência às pessoas com suspeita ou diagnóstico de asma.

Sua aplicação abrange as Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Assistência Farmacêutica, profissionais de Enfermagem, Medicina e demais profissionais envolvidos no cuidado aos usuários da Atenção Primária à Saúde.

O protocolo orienta as ações desenvolvidas durante o acolhimento, classificação de risco, consultas médicas e de enfermagem, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, educação em saúde, dispensação de medicamentos, acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico e encaminhamentos para outros pontos de atenção, promovendo assistência integral e contínua.

Sua utilização estende-se à articulação com os demais serviços da Rede Municipal de Saúde, garantindo a coordenação do cuidado, a adequada referência e contrarreferência dos usuários e a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção, conforme os fluxos 903



estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

4. DEFINIÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiperresponsividade brônquica e limitação variável do fluxo aéreo, geralmente reversível espontaneamente ou mediante tratamento adequado. Apresenta evolução clínica variável, com períodos de estabilidade intercalados por exacerbações desencadeadas por diferentes fatores ambientais, infecciosos ou individuais.

A fisiopatologia da doença envolve processo inflamatório persistente das vias aéreas, associado à participação de células inflamatórias e mediadores químicos que promovem broncoconstrição, edema da mucosa, aumento da produção de muco e remodelamento das vias respiratórias, resultando em sintomas como dispneia, tosse, sibilância e sensação de aperto torácico.

As exacerbações podem ser desencadeadas por diversos fatores, incluindo infecções respiratórias virais, exposição a alérgenos, poluentes ambientais, fumaça de cigarro, mudanças climáticas, exercícios físicos, estresse emocional e contato com agentes irritantes presentes no ambiente domiciliar ou ocupacional.



A asma representa importante problema de saúde pública, com elevada prevalência em todas as faixas etárias, sendo responsável por significativo número de consultas na Atenção Primária, atendimentos de urgência, hospitalizações e afastamentos das atividades escolares e laborais. Apesar de ser uma doença sem cura definitiva, apresenta elevado potencial de controle quando diagnosticada precocemente e acompanhada de forma contínua pelas equipes de Atenção Primária à Saúde.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na identificação precoce dos casos, no acompanhamento longitudinal, na educação em saúde, na promoção do autocuidado, no monitoramento da adesão ao tratamento e na prevenção das exacerbações, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, redução das complicações e fortalecimento da coordenação do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

5. FATORES DE RISCO

O reconhecimento dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da asma e ao desencadeamento das exacerbações constitui etapa fundamental para o planejamento das ações de prevenção, promoção da saúde e acompanhamento longitudinal dos usuários. Durante as consultas e demais atividades assistenciais, as equipes multiprofissionais realizarão a identificação sistemática desses fatores, subsidiando a elaboração do plano de cuidado individualizado e das ações de educação em saúde.

Serão considerados, entre outros, os seguintes fatores de risco:

- **Histórico familiar:** presença de asma, rinite alérgica, dermatite atópica ou outras doenças alérgicas em familiares de primeiro grau.
 - **Atopia:** histórico pessoal de doenças alérgicas, como rinite alérgica, dermatite atópica, conjuntivite alérgica e sensibilização a aeroalérgenos.
 - **Obesidade:** excesso de peso associado ao aumento do risco de desenvolvimento da doença e pior controle clínico.
 - **Tabagismo ativo e passivo:** exposição à fumaça do cigarro, cigarros eletrônicos e demais produtos fumígenos, considerados importantes fatores de agravamento da doença.
 - **Poluição ambiental:** exposição à poluição atmosférica, fumaça de queimadas, poeiras, gases irritantes e partículas inaláveis.
 - **Exposição ocupacional:** contato frequente com agentes químicos, poeiras, vapores, produtos de limpeza, tintas, solventes e outros agentes inalantes relacionados ao
- 905

ambiente de trabalho.

- **Infecções respiratórias:** especialmente infecções virais das vias aéreas superiores, frequentemente associadas às exacerbações da doença.
- **Mudanças climáticas:** exposição ao frio, baixa umidade do ar, mudanças bruscas de temperatura e condições climáticas desfavoráveis.
- **Contato com animais:** exposição aos pelos, secreções e descamações de animais domésticos em indivíduos sensibilizados.
- **Ácaros:** exposição aos ácaros da poeira domiciliar presentes em colchões, travesseiros, tapetes, estofados, cortinas e objetos que acumulam poeira.
- **Mofo e umidade:** permanência em ambientes com infiltrações, umidade excessiva e proliferação de fungos, fatores que podem contribuir para o desencadeamento dos sintomas respiratórios.



A identificação desses fatores permitirá o desenvolvimento de ações educativas, orientações sobre controle ambiental, redução da exposição aos agentes desencadeantes e fortalecimento das estratégias de prevenção, contribuindo para o melhor controle da doença, redução das exacerbações e melhoria da qualidade de vida dos usuários acompanhados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.

6. SINAIS E SINTOMAS

A asma caracteriza-se pela presença de sintomas respiratórios variáveis ao longo do tempo e de intensidade flutuante, associados à limitação variável do fluxo expiratório. Os sintomas podem ocorrer de forma isolada ou combinada, apresentando períodos de remissão e exacerbação, frequentemente relacionados à exposição a fatores desencadeantes.

Durante o atendimento na Atenção Primária à Saúde, os profissionais deverão realizar avaliação clínica criteriosa, considerando a frequência, intensidade, duração e fatores associados aos sintomas, bem como seu impacto sobre as atividades habituais e a qualidade de vida do usuário.



Os principais sinais e sintomas incluem:

- Dispneia ou sensação de falta de ar.
- Tosse recorrente, especialmente no período noturno ou nas primeiras horas da manhã.
- Sibilância ("chiado no peito").
- Sensação de aperto ou opressão torácica.
- Limitação para atividades físicas.
- Despertares noturnos por sintomas respiratórios.
- Necessidade frequente de broncodilatadores de alívio.

- Redução da tolerância ao exercício.

Durante as exacerbações podem estar presentes taquipneia, uso de musculatura acessória, dificuldade para falar frases completas, saturação de oxigênio reduzida, cianose e sinais de insuficiência respiratória, situações que demandam avaliação imediata e adoção dos fluxos assistenciais estabelecidos para urgências na Atenção Primária à Saúde.

7. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA ASMA

Após confirmação diagnóstica, os usuários serão classificados conforme o grau de controle clínico e a gravidade da doença, subsidiando a definição do plano terapêutico, a periodicidade do acompanhamento e a necessidade de encaminhamento para outros níveis de atenção.

A classificação observará as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, considerando:

- Frequência dos sintomas diurnos;
- Sintomas noturnos;
- Limitação das atividades habituais;
- Necessidade de medicação de alívio;
- Ocorrência de exacerbações;
- Função pulmonar, quando disponível.

Os pacientes poderão ser classificados como:

Asma Controlada: ausência ou baixa frequência de sintomas, sem limitação das atividades habituais, baixa necessidade de medicação de alívio e adequado controle clínico.

Asma Parcialmente Controlada: presença ocasional de sintomas ou limitação funcional, necessitando intensificação das medidas terapêuticas e acompanhamento mais frequente.

Asma Não Controlada: sintomas frequentes, exacerbações recorrentes, importante limitação funcional ou necessidade constante de medicação de alívio, indicando reavaliação clínica e possível encaminhamento para atenção especializada.

A estratificação clínica será revista periodicamente durante as consultas de acompanhamento, permitindo adequação do tratamento e monitoramento da resposta terapêutica.

8. FLUXO ASSISTENCIAL

O atendimento às pessoas com suspeita ou diagnóstico de asma seguirá fluxo assistencial padronizado, assegurando acesso oportuno, atendimento integral e continuidade do cuidado.

O fluxo compreenderá as seguintes etapas:

- Recepção e identificação do usuário.
- Acolhimento e escuta qualificada.
- Classificação de risco, quando indicada.
- Consulta médica e/ou consulta de enfermagem.
- Avaliação clínica e confirmação diagnóstica.
- Estratificação do controle da doença.
- Elaboração do Plano Terapêutico Individual.
- Prescrição e dispensação dos medicamentos padronizados.
- Orientação quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios.
- Educação em saúde e orientação sobre fatores desencadeantes.
- Programação do acompanhamento longitudinal.
- Encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, quando indicado.
- Contrarreferência e manutenção do acompanhamento pela equipe de Saúde da Família.

9. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da asma será fundamentado na história clínica, exame físico e demonstração da variabilidade do fluxo aéreo, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A investigação clínica contemplará:

- Características dos sintomas respiratórios.
- Frequência e duração das crises.
- História familiar de doenças alérgicas.
- Exposição aos fatores desencadeantes.
- Comorbidades associadas.
- Histórico de exacerbações e hospitalizações.
- Uso prévio de medicamentos.

Quando disponível e clinicamente indicado, poderão ser utilizados exames complementares, como espirometria, medidas seriadas do pico de fluxo expiratório e outros exames previstos nos protocolos assistenciais municipais.

O diagnóstico diferencial deverá considerar outras doenças respiratórias, cardiovasculares e condições clínicas que possam apresentar sintomas semelhantes, assegurando adequada definição diagnóstica e tratamento.

10. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Durante o acolhimento e acompanhamento clínico, as equipes realizarão avaliação sistemática do risco de agravamento, permitindo priorização do atendimento e definição das condutas assistenciais.

Serão considerados, entre outros aspectos:

- Intensidade dos sintomas.
- Saturação periférica de oxigênio.
- Frequência respiratória.
- Uso de musculatura acessória.
- Capacidade de comunicação.
- Estado geral.
- Histórico de exacerbações graves.
- Necessidade frequente de atendimento de urgência.

Para fins operacionais, poderão ser considerados três níveis de risco:

Baixo Risco: sintomas leves, estabilidade clínica e possibilidade de acompanhamento na Atenção Primária.

Risco Intermediário: necessidade de avaliação médica prioritária, ajuste terapêutico e monitoramento mais frequente.

Alto Risco: sinais de insuficiência respiratória, exacerbação grave ou comprometimento clínico importante, demandando estabilização inicial e encaminhamento para a Rede de Urgência e Emergência conforme os protocolos institucionais.

11. CONDUTA ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A assistência será desenvolvida de forma integrada pelas equipes multiprofissionais, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, educação em saúde e acompanhamento longitudinal.

As principais condutas incluem:

- Realização do acolhimento e avaliação clínica inicial.
- Identificação dos fatores de risco e desencadeantes.
- Confirmação diagnóstica conforme critérios clínicos.
- Estratificação do controle da doença.
- Elaboração do Plano Terapêutico Individual.
- Prescrição conforme protocolos clínicos vigentes.
- Orientação sobre técnica inalatória.
- Educação em saúde.
- Controle ambiental.
- Incentivo à cessação do tabagismo.
- Atualização do calendário vacinal.
- Agendamento das consultas de seguimento.
- Encaminhamento para atenção especializada quando indicado.

As ações serão registradas nos sistemas oficiais utilizados pelo Município, assegurando rastreabilidade das informações e continuidade da assistência.

12. TRATAMENTO

O tratamento da asma será desenvolvido de forma individualizada, considerando a gravidade da doença, o nível de controle clínico, a frequência das exacerbações, as comorbidades associadas e as necessidades específicas de cada usuário. As condutas terapêuticas seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e pelos protocolos assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde.

O plano terapêutico compreenderá intervenções não farmacológicas, tratamento medicamentoso, educação em saúde, monitoramento contínuo e acompanhamento longitudinal pelas Equipes de Saúde da Família.



12.1 Tratamento Não Farmacológico

As medidas não farmacológicas constituem componente fundamental para o controle da doença e serão implementadas de forma integrada às ações assistenciais, contemplando:

- Identificação e controle dos fatores desencadeantes;
- Controle ambiental domiciliar;
- Redução da exposição à fumaça do cigarro e outros poluentes;
- Incentivo à cessação do tabagismo;
- Promoção da alimentação saudável;
- Estímulo à prática regular de atividade física conforme avaliação clínica;
- Atualização do calendário vacinal;
- Educação para o autocuidado;
- Monitoramento da adesão ao tratamento.

12.2 Tratamento Farmacológico

O tratamento medicamentoso será instituído conforme avaliação clínica, classificação do controle da doença e protocolos vigentes.

Poderão ser utilizados medicamentos padronizados pelo SUS, incluindo:

- Broncodilatadores de curta duração para alívio dos sintomas;
- Corticoides inalados (CI) como terapia de controle;
- Associação de Corticoide Inalado e Broncodilatador Beta-2 Agonista de Longa Duração (CI/LABA), quando indicada;
- Outros medicamentos previstos nos protocolos clínicos vigentes.

Toda prescrição será acompanhada de orientação quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios, monitoramento da adesão terapêutica e reavaliação periódica da resposta clínica.

12.3 Algoritmo Assistencial

ALGORITMO ASSISTENCIAL MANEJO DA ASMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



OBJETIVOS DO CUIDADO

- Controlar sintomas
- Prevenir exacerbações
- Manter função pulmonar
- Reduzir riscos e complicações
- Melhorar qualidade de vida

SINAIS DE ALERTA

- Falta de ar intensa
- Chiado contínuo
- Aperto no peito forte
- Dificuldade para falar
- Uso de musculatura acessória
- Lábios ou unhas arroxeadas

Procurar serviço de urgência imediatamente!

PLANO DE AÇÃO

Todo paciente deve ter um plano de ação individual orientando o que fazer em caso de piora dos sintomas.



CUIDADO CONTÍNUO E INTEGRADO: A Atenção Primária à Saúde é a coordenadora do cuidado e garante o acompanhamento longitudinal e a integração com toda a Rede de Atenção à Saúde.

13. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde constitui componente permanente da assistência às pessoas com asma e será desenvolvida durante todas as etapas do acompanhamento clínico, fortalecendo o autocuidado, a adesão ao tratamento e a prevenção das exacerbações.

As ações educativas serão realizadas de forma individual ou coletiva, envolvendo usuários, familiares e cuidadores.

Serão abordados, entre outros, os seguintes temas:

- Conceitos básicos sobre a doença;
- Reconhecimento precoce dos sinais de agravamento;
- Controle dos fatores desencadeantes;
- Uso correto dos medicamentos;
- Técnica adequada de utilização da bombinha;
- Utilização correta dos espaçadores;
- Higienização dos dispositivos inalatórios;
- Armazenamento adequado dos medicamentos;
- Importância da adesão ao tratamento;
- Atualização vacinal;
- Plano de ação para crises asmáticas;
- Autocuidado e monitoramento dos sintomas.

A equipe utilizará linguagem acessível, materiais educativos e demonstração prática da técnica inalatória durante as consultas e atividades coletivas.

14. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A assistência será desenvolvida de forma integrada pelas equipes multiprofissionais, respeitando as competências legais de cada categoria profissional.

Profissional	Principais atribuições
Médico	Realizar avaliação clínica, diagnóstico, classificação da

Profissional	Principais atribuições
	gravidade, prescrição terapêutica, solicitação de exames, acompanhamento clínico e encaminhamento para outros níveis de atenção quando indicado.
Enfermeiro	Realizar consulta de enfermagem, acolhimento, educação em saúde, acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico, estratificação de risco conforme protocolos e coordenação do cuidado.
Farmacêutico	Promover orientação farmacêutica, acompanhar a utilização dos medicamentos, avaliar adesão terapêutica, orientar sobre técnica inalatória, farmacovigilância e uso racional de medicamentos.
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Realizar busca ativa, visitas domiciliares, acompanhamento das famílias, identificação de fatores ambientais, educação em saúde e fortalecimento da adesão ao tratamento.
eMulti	Apoiar as equipes por meio do matriciamento, discussão de casos, atendimento compartilhado e elaboração do Projeto Terapêutico Singular quando indicado.
Fisioterapeuta	Desenvolver orientações respiratórias, reabilitação pulmonar quando indicada, treinamento respiratório e educação para prevenção de exacerbações.
Nutricionista	Avaliar o estado nutricional, orientar alimentação saudável, controle do excesso de peso e promoção de hábitos alimentares adequados.
Psicólogo	Apoiar usuários e familiares no enfrentamento da doença

Profissional	Principais atribuições
	crônica, favorecer adesão ao tratamento e desenvolver estratégias para redução de fatores emocionais associados às exacerbações.

15. INTEGRAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A assistência às pessoas com asma será organizada de forma integrada entre os diferentes componentes da Rede Municipal de Saúde, assegurando coordenação do cuidado, continuidade da assistência e utilização adequada dos recursos disponíveis.

A integração ocorrerá permanentemente entre:

- Equipes de Saúde da Família (ESF);
- Equipes de Saúde Bucal;
- eMulti;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Central de Regulação;
- Serviços Especializados;
- Rede Hospitalar;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), quando necessário.

As Equipes de Saúde da Família atuarão como coordenadoras do cuidado, mantendo acompanhamento longitudinal, atualização do plano terapêutico, monitoramento dos resultados e articulação permanente com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Os encaminhamentos serão realizados conforme protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando referência e contrarreferência entre os serviços.

16. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Os usuários permanecerão sob acompanhamento da Atenção Primária sempre que apresentarem adequado controle clínico e não houver necessidade de atenção especializada.

Serão encaminhados para avaliação especializada em Pneumologia ou outros serviços da Rede Municipal quando apresentarem:

Encaminhamento para Pneumologia

- Dúvida diagnóstica;
- Asma grave ou de difícil controle;
- Exacerbações frequentes;
- Necessidade de terapia especializada;
- Suspeita de outras doenças respiratórias;
- Falha terapêutica apesar do tratamento adequado;
- Necessidade de exames especializados.

Encaminhamento para Urgência e Emergência

- Dispneia intensa;
- Saturação de oxigênio reduzida;
- Uso importante de musculatura acessória;
- Alteração do nível de consciência;
- Cianose;
- Ausência de resposta às medidas iniciais;
- Crise asmática grave.

Encaminhamento Hospitalar

Será indicado quando houver necessidade de observação prolongada, suporte ventilatório, monitorização contínua ou tratamento não disponível na Atenção Primária.

Encaminhamento via Regulação

Os encaminhamentos eletivos ocorrerão conforme os fluxos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, utilizando os sistemas oficiais de regulação e garantindo referência e contrarreferência para continuidade do acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família.



PROTOCOLO - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS
PROTOCOLO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, constituindo importante problema de saúde pública devido à elevada prevalência, impacto na capacidade funcional, redução da qualidade de vida e elevado número de internações e óbitos relacionados às exacerbações da doença. Trata-se de enfermidade respiratória crônica, prevenível e tratável, caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo, geralmente progressiva, associada à resposta inflamatória crônica das vias aéreas e do parênquima pulmonar decorrente da exposição prolongada a partículas ou gases nocivos, especialmente o tabagismo.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação precoce dos indivíduos sintomáticos, o diagnóstico oportuno, a estratificação clínica, o manejo adequado dos fatores de risco e o acompanhamento longitudinal constituem estratégias essenciais para reduzir a progressão da doença, prevenir exacerbações, diminuir hospitalizações evitáveis e promover melhor qualidade de vida aos usuários.

Considerando o papel da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará o presente Protocolo Assistencial Institucional com a finalidade de padronizar as condutas clínicas e assistenciais desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde sob sua gestão.

O protocolo foi elaborado com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica do Ministério da Saúde, nas recomendações da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), respeitando as competências da

Atenção Primária à Saúde e os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Este documento constitui instrumento institucional de padronização da assistência, orientando a atuação dos profissionais de saúde, fortalecendo a segurança do paciente, a qualidade do cuidado, a integração entre os diferentes pontos da Rede Municipal de Saúde e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

1. OBJETIVO

Objetivo Geral

Padronizar as ações de prevenção, identificação, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoramento das pessoas com suspeita ou diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) atendidas nas Unidades Básicas de Saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, promovendo assistência integral, segura, resolutiva e baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.

Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste protocolo:

- estabelecer critérios padronizados para identificação precoce dos usuários com suspeita de DPOC;
- orientar a avaliação clínica e o processo diagnóstico conforme as diretrizes do Ministério da Saúde;
- padronizar a estratificação clínica dos usuários e a definição do plano terapêutico individualizado;
- fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco, especialmente o controle do tabagismo;
- promover o uso racional dos medicamentos padronizados pelo SUS;
- qualificar as ações de educação em saúde e estimular o autocuidado apoiado;
- reduzir a ocorrência de exacerbações, internações e complicações relacionadas à doença;
- assegurar o acompanhamento longitudinal dos usuários pelas Equipes de Saúde da 920



Família;

- organizar os fluxos de referência e contrarreferência com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- subsidiar o monitoramento dos indicadores assistenciais e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

2. FUNDAMENTAÇÃO

A organização da assistência às pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente na universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, regionalização, coordenação do cuidado e longitudinalidade do acompanhamento, tendo a Atenção Primária à Saúde como principal ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

A DPOC caracteriza-se como uma condição crônica de elevada prevalência, cuja evolução pode ser significativamente modificada quando os usuários recebem acompanhamento sistemático, intervenções precoces e manejo adequado dos fatores de risco. Nesse contexto, a Atenção Primária desempenha papel estratégico na identificação precoce dos casos suspeitos, na confirmação diagnóstica, na estratificação clínica, na promoção da cessação do tabagismo, no acompanhamento longitudinal e na coordenação do cuidado com os demais pontos da rede assistencial.

Este protocolo foi elaborado considerando as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da DPOC, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), os protocolos clínicos municipais e as melhores evidências científicas disponíveis, respeitando as competências assistenciais da Atenção Primária à Saúde.

Além de orientar as condutas clínicas, este documento constitui instrumento de gestão da qualidade, contribuindo para a padronização dos processos de trabalho, redução da variabilidade das práticas assistenciais, fortalecimento da segurança do paciente, integração

multiprofissional e monitoramento permanente dos resultados assistenciais.

3. ABRANGÊNCIA

Este Protocolo Assistencial aplica-se a todas as Unidades Básicas de Saúde sob gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e orienta a atuação integrada das equipes envolvidas na assistência às pessoas com suspeita ou diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Sua aplicação compreende as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, equipes multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde, Assistência Farmacêutica, profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e demais categorias profissionais envolvidas no cuidado aos usuários da Atenção Primária à Saúde.

O protocolo orienta as ações desenvolvidas durante o acolhimento, classificação de risco, consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, educação em saúde, assistência farmacêutica, acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico, encaminhamento para atenção especializada, contrarreferência e integração com os demais componentes da Rede Municipal de Saúde.

4. DEFINIÇÃO

4.1 Conceito

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença respiratória crônica, prevenível e tratável, caracterizada pela presença de sintomas respiratórios persistentes e limitação crônica do fluxo aéreo, geralmente progressiva, decorrente de alterações estruturais das vias aéreas e do parênquima pulmonar associadas à exposição prolongada a partículas ou gases nocivos.

A limitação ao fluxo aéreo resulta da combinação variável entre bronquiolite obstrutiva, decorrente do remodelamento das pequenas vias aéreas, e destruição do parênquima pulmonar (enfisema), ocasionando perda da elasticidade pulmonar, aprisionamento aéreo e 922

comprometimento progressivo das trocas gasosas.

Embora seja uma condição crônica e progressiva, sua evolução pode ser significativamente modificada quando diagnosticada precocemente, acompanhada de forma sistemática e tratada conforme protocolos clínicos baseados em evidências.

4.2 Importância para a Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na identificação precoce dos indivíduos sob maior risco para desenvolvimento da DPOC, especialmente tabagistas e ex-tabagistas com sintomas respiratórios persistentes.

Compete à APS desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, diagnóstico oportuno, acompanhamento longitudinal, educação em saúde, cessação do tabagismo, monitoramento da evolução clínica e coordenação do cuidado junto aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

O acompanhamento contínuo pelas Equipes de Saúde da Família possibilita reduzir exacerbações, prevenir hospitalizações evitáveis, melhorar a adesão ao tratamento, fortalecer o autocuidado e promover melhor qualidade de vida aos usuários.

5. EPIDEMIOLOGIA

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, sendo responsável por importante impacto social, econômico e assistencial.

Sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento da população e está diretamente relacionada à exposição prolongada aos fatores de risco, especialmente ao tabagismo.

No Brasil, a DPOC figura entre as principais causas de internação por doenças respiratórias e constitui importante motivo de procura pelos serviços de urgência e emergência durante os períodos de exacerbação.

Entre os fatores que contribuem para o aumento da carga da doença destacam-se:

- envelhecimento populacional;
- elevada prevalência do tabagismo atual e prévio;
- exposição ocupacional a poeiras e agentes químicos;
- exposição à fumaça de biomassa;
- poluição ambiental;
- baixa identificação precoce dos casos;
- subdiagnóstico da doença.

A organização das ações na Atenção Primária possibilita identificar precocemente os usuários sintomáticos, reduzindo o atraso diagnóstico e favorecendo o início oportuno do tratamento.

6. FISIOPATOLOGIA

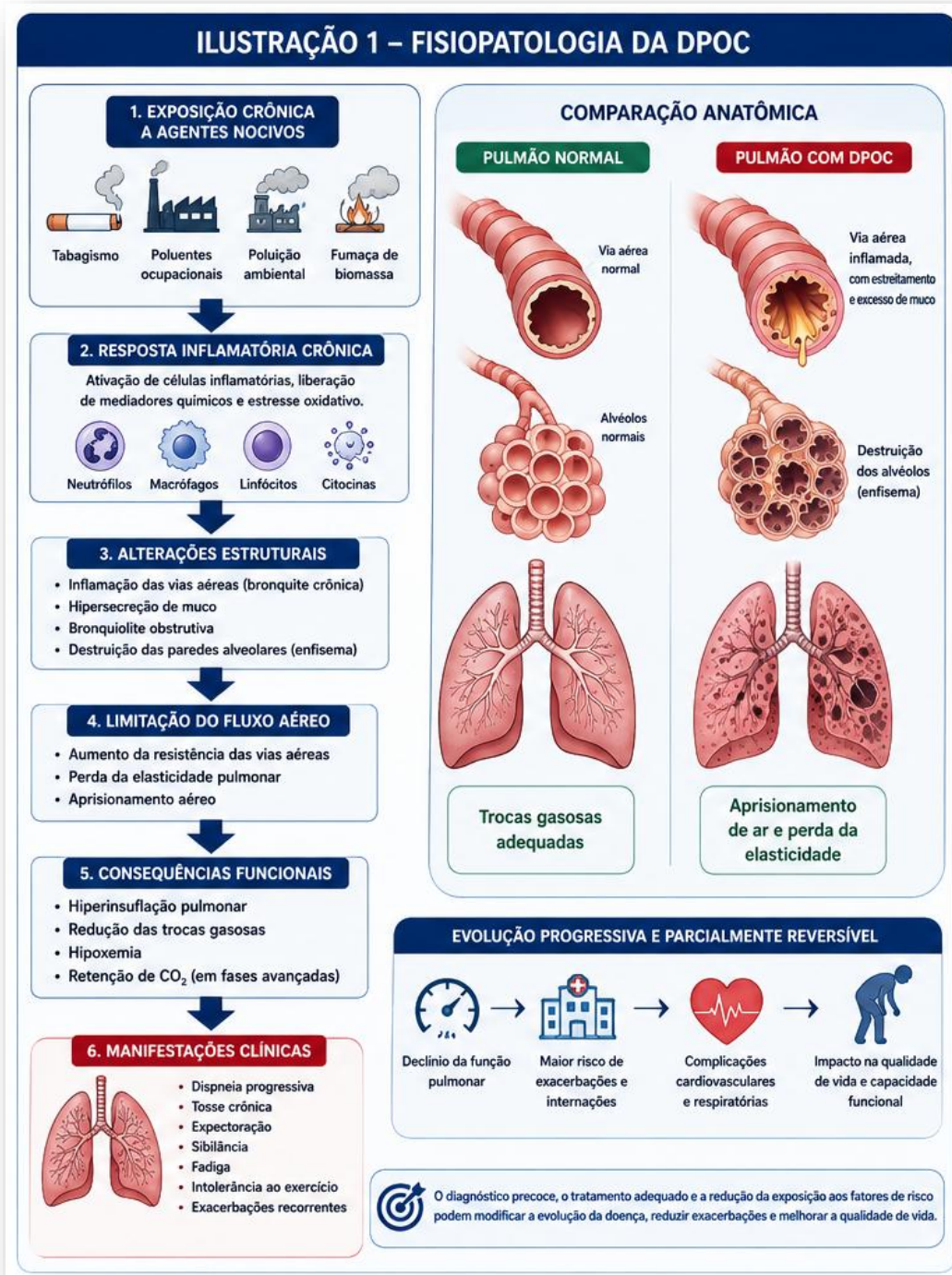
A fisiopatologia da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica resulta de resposta inflamatória crônica das vias aéreas, do parênquima pulmonar e da circulação pulmonar desencadeada principalmente pela exposição prolongada à fumaça do tabaco e a outros agentes inalantes nocivos.

A agressão contínua promove recrutamento de células inflamatórias, liberação de mediadores químicos e alterações estruturais progressivas que comprometem a função pulmonar.

Entre as principais alterações fisiopatológicas destacam-se:

- inflamação crônica das pequenas vias aéreas;
- bronquiolite obstrutiva;
- aumento da produção de muco;
- hipertrofia das glândulas mucosas;
- destruição das paredes alveolares (enfisema);
- perda da elasticidade pulmonar;
- aprisionamento aéreo;
- hiperinsuflação pulmonar;

- redução da capacidade de trocas gasosas;
- desenvolvimento progressivo de insuficiência respiratória.



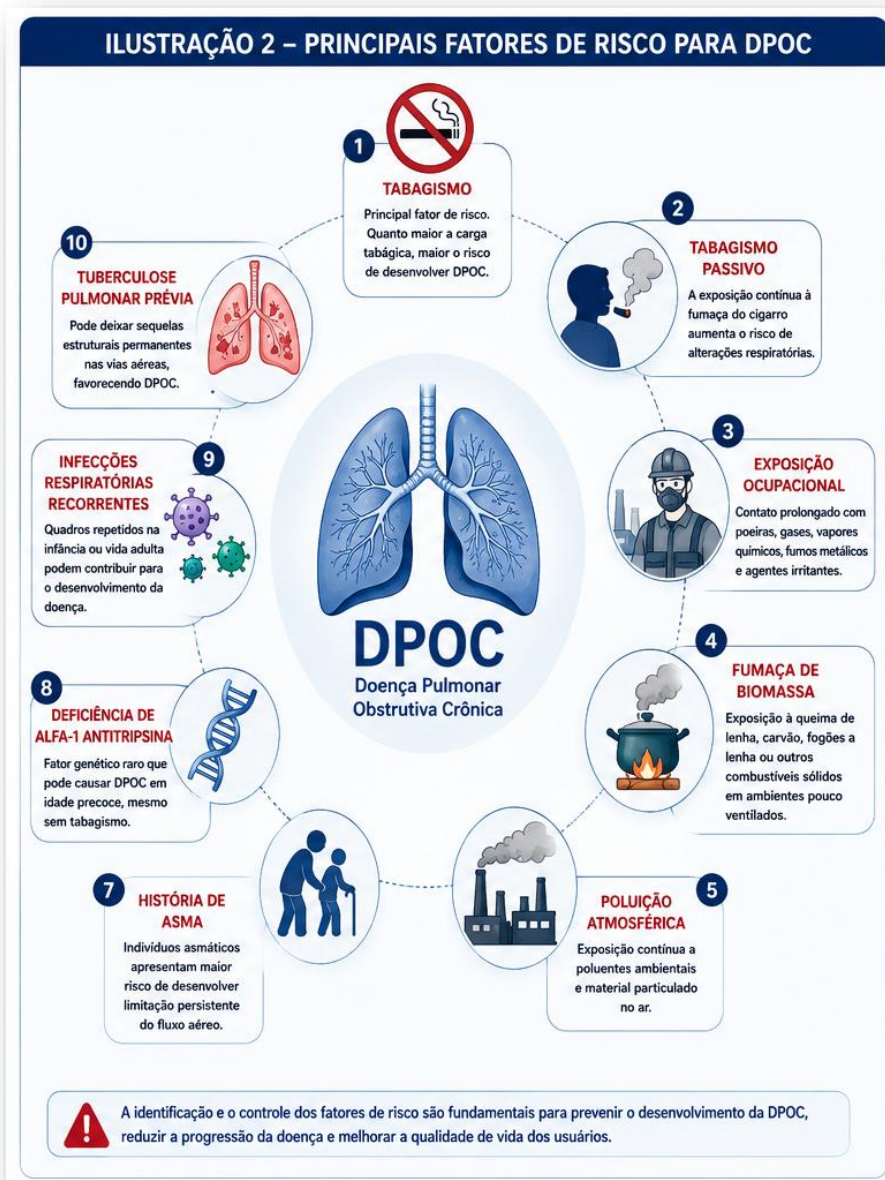
Nos estágios mais avançados podem ocorrer hipoxemia, retenção de dióxido de carbono, hipertensão pulmonar, cor pulmonale, perda de massa muscular e importante limitação funcional.

Essas alterações justificam a necessidade do diagnóstico precoce e do acompanhamento contínuo pelas equipes multiprofissionais da Atenção Primária.

7. FATORES DE RISCO

A identificação precoce dos fatores de risco constitui etapa essencial para prevenção da doença, redução das exacerbações e planejamento das ações assistenciais desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família.

Durante o acolhimento, consultas e visitas domiciliares, os profissionais deverão investigar sistematicamente os fatores relacionados ao desenvolvimento e agravamento da DPOC.



Os principais fatores de risco incluem:

Tabagismo

Principal fator de risco para desenvolvimento da DPOC, estando relacionado à maioria dos casos diagnosticados.

Tabagismo Passivo

A exposição contínua à fumaça do cigarro aumenta significativamente o risco de alterações respiratórias.

Exposição Ocupacional

Contato prolongado com poeiras minerais, poeiras orgânicas, vapores químicos, fumos metálicos, solventes e gases irritantes.

Fumaça de Biomassa

Exposição à fumaça proveniente da queima de lenha, carvão vegetal e outros combustíveis sólidos em ambientes pouco ventilados.

Poluição Atmosférica

Exposição contínua a poluentes ambientais e material particulado.

Envelhecimento

A incidência aumenta progressivamente após os 40 anos de idade.

História de Asma

Pacientes asmáticos apresentam maior risco para limitação persistente do fluxo aéreo.

Deficiência de Alfa-1 Antitripsina

Fator genético associado ao desenvolvimento precoce da doença.

Infecções Respiratórias Repetidas

Especialmente durante a infância e em indivíduos susceptíveis.

Tuberculose Pulmonar Prévia

Pode contribuir para alterações estruturais permanentes das vias respiratórias.

8. SINAIS E SINTOMAS

A DPOC apresenta evolução lenta e progressiva. Em muitos casos, os sintomas são 927

inicialmente atribuídos ao envelhecimento ou ao tabagismo, contribuindo para o diagnóstico tardio.

Os principais sinais e sintomas observados na prática clínica incluem:

- dispneia progressiva, inicialmente aos esforços e posteriormente em repouso;
- tosse crônica persistente;
- expectoração frequente;
- sibilância;
- fadiga;
- intolerância ao exercício;
- redução da capacidade funcional;
- perda ponderal nos casos avançados;
- exacerbações recorrentes;
- infecções respiratórias frequentes.

Durante as exacerbações podem estar presentes:

- aumento importante da dispneia;
- aumento da produção de secreções;
- mudança na coloração da expectoração;
- hipoxemia;
- taquipneia;
- uso de musculatura acessória;
- cianose;
- alteração do estado geral.

Os usuários com sinais de gravidade deverão ser avaliados imediatamente e conduzidos conforme o Protocolo Institucional de Urgências e o fluxo de referência da Rede Municipal de Saúde.

9. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica deverá ser realizado de forma 928



sistematizada, considerando a associação entre história clínica compatível, identificação dos fatores de risco, exame físico e confirmação funcional por meio da espirometria, conforme estabelecido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

A suspeita diagnóstica deverá ser considerada em indivíduos, especialmente acima de 40 anos de idade, que apresentem história de exposição prolongada ao tabagismo ou outros fatores de risco associados, acompanhada de sintomas respiratórios persistentes como dispneia progressiva, tosse crônica, expectoração recorrente ou redução da capacidade funcional.

Durante a avaliação clínica, os profissionais deverão realizar anamnese detalhada contemplando tempo de exposição aos fatores de risco, histórico ocupacional, doenças respiratórias prévias, exacerbações anteriores, internações, vacinação, utilização de medicamentos, comorbidades associadas e impacto da doença nas atividades de vida diária.

O exame físico deverá contemplar avaliação do padrão respiratório, frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio, ausculta pulmonar, utilização de musculatura acessória, presença de sibilos, roncos, diminuição do murmúrio vesicular, alterações do tórax, estado nutricional e sinais de insuficiência respiratória.

A confirmação diagnóstica será realizada por meio da espirometria pós-broncodilatador, considerada padrão-ouro para o diagnóstico da DPOC, observando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares para avaliação da gravidade da doença, investigação de diagnósticos diferenciais ou identificação de comorbidades.

A Atenção Primária à Saúde deverá manter busca ativa dos usuários com maior risco para desenvolvimento da doença, favorecendo o diagnóstico precoce, início oportuno do tratamento e redução das exacerbações.

Objetivos do Diagnóstico

A avaliação diagnóstica tem como finalidade:

- Identificar precocemente usuários com suspeita de DPOC;

- Confirmar o diagnóstico por critérios clínicos e funcionais;
- Avaliar a gravidade da limitação do fluxo aéreo;
- Identificar fatores de risco modificáveis;
- Avaliar sintomas e limitações funcionais;
- Identificar exacerbações prévias;
- Detectar comorbidades associadas;
- Definir o plano terapêutico individualizado.

Critérios para Suspeita Clínica

A suspeita de DPOC deverá ser considerada em usuários que apresentem:

- ✓ idade igual ou superior a 40 anos;
- ✓ tabagismo atual ou prévio;
- ✓ exposição ocupacional prolongada a poeiras ou agentes químicos;
- ✓ exposição à fumaça de biomassa;
- ✓ tosse crônica;
- ✓ expectoração persistente;
- ✓ dispneia progressiva;
- ✓ intolerância aos esforços;
- ✓ infecções respiratórias recorrentes.

Exames Complementares

Quando indicados, poderão ser utilizados:

- Espirometria com teste broncodilatador;
- Radiografia de tórax;
- Tomografia computadorizada de tórax;
- Oximetria de pulso;

Am

- Gasometria arterial;
- Hemograma;
- Eletrocardiograma;
- Ecocardiograma;
- Avaliação nutricional;
- Escala mMRC;
- Questionário CAT (COPD Assessment Test).

10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A avaliação diagnóstica deverá considerar outras doenças que podem apresentar manifestações clínicas semelhantes à DPOC, permitindo adequada definição terapêutica e redução de erros diagnósticos.

Entre as principais condições que deverão ser consideradas destacam-se:

Doença	Características principais
Asma	Limitação variável do fluxo aéreo, início precoce e maior reversibilidade.
Insuficiência Cardíaca	Dispneia, edema periférico, cardiomegalia e congestão pulmonar.
Bronquiectasias	Tosse produtiva importante e infecções respiratórias frequentes.
Tuberculose Pulmonar	Tosse persistente, perda ponderal e alterações radiológicas características.
Doença Intersticial Pulmonar	Dispneia progressiva, estertores crepitantes e padrão restritivo.
Neoplasias Pulmonares	Tosse persistente, hemoptise, perda de peso e alterações de imagem.
A diferenciação adequada permitirá direcionamento correto da investigação e definição do plano terapêutico.	

11. CLASSIFICAÇÃO DA DPOC

Após confirmação diagnóstica, os usuários serão classificados quanto à gravidade da obstrução do fluxo aéreo, intensidade dos sintomas e risco de exacerbações, subsidiando a definição das estratégias terapêuticas e do acompanhamento clínico.

A classificação observará as recomendações do Ministério da Saúde e da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Classificação Espirométrica (GOLD)

Estágio	Características
GOLD 1	Obstrução leve. Sintomas discretos e menor limitação funcional.
GOLD 2	Obstrução moderada. Progressão dos sintomas e redução da capacidade física.
GOLD 3	Obstrução grave. Limitação importante das atividades e exacerbações frequentes.
GOLD 4	Obstrução muito grave. Insuficiência respiratória, elevado risco de hospitalização e mortalidade.

Além da classificação espirométrica, serão utilizados instrumentos padronizados para avaliação clínica, incluindo:

- Escala Modified Medical Research Council (mMRC);
- COPD Assessment Test (CAT);
- Número de exacerbações no último ano;
- Histórico de hospitalizações;
- Saturação periférica de oxigênio;
- Avaliação funcional.

Classificação por Sintomas e Exacerbações

Após avaliação clínica, os pacientes poderão ser classificados conforme os grupos estabelecidos pelas diretrizes GOLD:

Grupo A

Pacientes com menor carga de sintomas e baixo risco de exacerbações.

Grupo B

Pacientes com maior intensidade de sintomas, porém baixo risco de exacerbações.

Grupo E

Pacientes com histórico de exacerbações frequentes ou exacerbações que necessitaram

hospitalização, independentemente da intensidade dos sintomas.

Essa classificação permitirá individualizar o tratamento medicamentoso, definir a frequência do acompanhamento e estabelecer critérios para encaminhamento à Atenção Especializada.

12. TRATAMENTO

O tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica deverá ser individualizado, considerando a gravidade da obstrução do fluxo aéreo, a intensidade dos sintomas, a frequência das exacerbações, a capacidade funcional, as comorbidades associadas e as necessidades específicas de cada usuário. As condutas terapêuticas observarão as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, as diretrizes da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e os protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

O plano terapêutico será construído de forma compartilhada entre a equipe multiprofissional e o usuário, contemplando intervenções não farmacológicas, tratamento medicamentoso, educação em saúde, acompanhamento longitudinal e monitoramento periódico da evolução clínica.

A Atenção Primária à Saúde exercerá papel central na coordenação do cuidado, garantindo a continuidade da assistência, a promoção do autocuidado e a integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

12.1 Tratamento Não Farmacológico

As medidas não farmacológicas constituem componente essencial do manejo da DPOC e deverão ser instituídas para todos os usuários, independentemente da gravidade da doença.

As principais intervenções incluem:

- incentivo e apoio estruturado para cessação do tabagismo;
- identificação e controle dos fatores ambientais desencadeantes;
- redução da exposição ocupacional a agentes inalantes nocivos;
- vacinação conforme Calendário Nacional de Imunização;

- promoção da prática regular de atividade física;
- encaminhamento para programas de reabilitação pulmonar, quando indicado;
- orientação nutricional;
- acompanhamento fisioterapêutico quando necessário;
- educação em saúde;
- fortalecimento do autocuidado apoiado;
- monitoramento periódico da capacidade funcional.

A cessação do tabagismo representa a intervenção isolada de maior impacto na redução da progressão da doença e deverá ser estimulada em todas as oportunidades de atendimento.

12.2 Tratamento Farmacológico

O tratamento medicamentoso será instituído conforme a classificação clínica do usuário, intensidade dos sintomas, risco de exacerbações e protocolos vigentes.

Serão utilizados os medicamentos padronizados pelo Sistema Único de Saúde, observando os critérios clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Poderão compor o tratamento:

- broncodilatadores de curta duração (SABA);
- broncodilatadores antimuscarínicos de curta duração (SAMA);
- broncodilatadores beta-2 agonistas de longa duração (LABA);
- broncodilatadores antimuscarínicos de longa duração (LAMA);
- associação LABA + LAMA;
- associação LABA + LAMA + corticosteroide inalatório (quando indicada);
- oxigenoterapia domiciliar prolongada, conforme critérios específicos.

A escolha terapêutica será reavaliada periodicamente, considerando resposta clínica, adesão ao tratamento, técnica inalatória, ocorrência de eventos adversos e evolução da doença.

12.3 Acompanhamento Clínico

O acompanhamento longitudinal será realizado pelas Equipes de Saúde da Família, contemplando:

- avaliação clínica periódica;
- monitoramento dos sintomas;
- avaliação da capacidade funcional;
- investigação de exacerbações;
- revisão da técnica inalatória;
- avaliação da adesão ao tratamento;
- controle dos fatores de risco;
- atualização do plano terapêutico;
- educação em saúde;
- programação das consultas de seguimento.

Usuários com maior risco clínico poderão necessitar de acompanhamento mais frequente e atendimento compartilhado com a equipe multiprofissional.

13. MANEJO DAS EXACERBAÇÕES

As exacerbações da DPOC caracterizam-se pela piora aguda dos sintomas respiratórios, ultrapassando a variabilidade habitual da doença e exigindo modificação do tratamento.

O reconhecimento precoce das exacerbações representa importante estratégia para redução das internações hospitalares, complicações clínicas e mortalidade.

Durante o atendimento na Atenção Primária à Saúde, deverão ser avaliados:

- intensidade da dispneia;
- aumento do volume da expectoração;
- alteração da coloração da secreção;
- frequência respiratória;
- saturação periférica de oxigênio;

- utilização de musculatura acessória;
- estado geral;
- sinais de insuficiência respiratória;
- necessidade de encaminhamento imediato.

Sempre que possível, o tratamento deverá ser iniciado precocemente, conforme protocolos institucionais e diretrizes do Ministério da Saúde.

Crítérios de Gravidade

Constituem sinais de gravidade:

- dispneia intensa em repouso;
- taquipneia importante;
- saturação de oxigênio reduzida;
- cianose;
- alteração do nível de consciência;
- instabilidade hemodinâmica;
- uso intenso de musculatura acessória;
- incapacidade para completar frases;
- ausência de resposta às medidas iniciais.

Na presença desses sinais, deverá ser iniciado o protocolo institucional de estabilização clínica e acionado o fluxo de referência para a Rede de Urgência e Emergência.

Condutas na Atenção Primária

Durante o atendimento inicial poderão ser realizadas:

- avaliação clínica imediata;
- monitorização dos sinais vitais;
- oxigenoterapia quando indicada;
- administração da terapia medicamentosa prevista nos protocolos assistenciais;
- monitoramento da resposta clínica;

- estabilização do paciente;
- encaminhamento regulado quando necessário.

Todas as condutas deverão ser registradas no prontuário eletrônico e comunicadas à equipe de referência para continuidade do cuidado.

14. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde constitui componente permanente da assistência às pessoas com DPOC e será desenvolvida em todas as oportunidades de atendimento, fortalecendo o autocuidado apoiado, a adesão ao tratamento e a prevenção das exacerbações.

As ações educativas serão direcionadas aos usuários, familiares e cuidadores, contemplando:

- conhecimento sobre a doença;
- controle dos fatores de risco;
- importância da cessação do tabagismo;
- uso correto dos medicamentos;
- técnica adequada dos dispositivos inalatórios;
- higienização dos dispositivos;
- armazenamento dos medicamentos;
- prática regular de atividade física;
- alimentação saudável;
- vacinação;
- reconhecimento precoce dos sinais de agravamento;
- plano de ação para exacerbações;
- importância do acompanhamento longitudinal.

As orientações deverão utilizar linguagem acessível, recursos educativos e demonstração prática da técnica inalatória, favorecendo maior compreensão e adesão ao tratamento.



SANTA CASA
de Misericórdia de
São Bernardo do Campo

2.

Protocolos de Ciclos de Vida (Saúde Integral)

Diretrizes para promoção, prevenção, acompanhamento e desenvolvimento integral em todas as fases da vida.



SAÚDE DA CRIANÇA:

Pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, calendário de vacinação e triagem neonatal.



SAÚDE DO IDOSO:

Atenção integrada aos protocolos ICOPE da OMS, manejo da fragilidade e declínio funcional.



SAÚDE DA MULHER:

Pré-natal de baixo risco, planejamento reprodutivo, rastreamento de câncer de colo de útero e mama.



SAÚDE DO HOMEM:

Foco em doenças prevalentes e rastreamento.



**CUIDADO
INTEGRAL**



**ATENÇÃO
HUMANIZADA**



**SEGURANÇA
DO PACIENTE**



**QUALIDADE E
RESULTADOS**

**COMPROMISSO
COM A VIDA.**
CUIDADO QUE TRANSFORMA.

2. Protocolos de Ciclo de Vida (Saúde Integral)

A Irmandade Santa Casa de São Bernardo do Campo adotará protocolos assistenciais específicos para os diferentes ciclos de vida, visando organizar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e reabilitação dos usuários atendidos na Atenção Primária à Saúde. Esses protocolos serão estruturados de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica, das linhas de cuidado prioritárias e dos protocolos clínicos vigentes, assegurando assistência integral, humanizada, resolutiva e centrada nas necessidades da população.

A organização das linhas de cuidado permitirá o acompanhamento longitudinal dos usuários pelas Equipes de Saúde da Família, fortalecendo a coordenação do cuidado, a vigilância em saúde e a integração entre os diferentes pontos da Rede Municipal de Saúde, contemplando as seguintes áreas prioritárias:

- **Saúde da Criança e Puericultura:** protocolo destinado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, realização das consultas de puericultura, monitoramento do calendário vacinal, incentivo ao aleitamento materno, alimentação saudável, vigilância nutricional, triagem neonatal, identificação precoce de agravos e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor.

- **Saúde do Idoso:** protocolo voltado ao cuidado integral da pessoa idosa, contemplando avaliação multidimensional, identificação da fragilidade, rastreamento de declínio funcional, prevenção de quedas, acompanhamento das doenças crônicas, promoção do envelhecimento saudável, manutenção da autonomia e utilização de instrumentos de avaliação recomendados pelo Ministério da Saúde, incluindo as diretrizes do ICOPE.

- **Saúde da Mulher:** protocolo destinado à assistência integral da mulher em todas as fases da vida, contemplando planejamento reprodutivo, pré-natal de baixo risco, puerpério, rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama, climatério, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e ações de promoção da saúde.

- **Saúde do Homem:** protocolo voltado à ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, rastreamento das doenças prevalentes, acompanhamento das condições crônicas, incentivo ao autocuidado e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Ao final deste capítulo, são apresentados os respectivos Manuais e Protocolos Assistenciais que orientarão a atuação das equipes multiprofissionais nas ações voltadas aos diferentes ciclos de vida, sendo revisados periodicamente conforme atualização das diretrizes técnicas, protocolos ministeriais e necessidades identificadas durante a execução contratual.

SAÚDE DA CRIANÇA/PUERICULTURA

Protocolo de Saúde da Criança/Puericultura

Sabe-se que a saúde da criança, nos primeiros anos de vida, tem relação direta com o planejamento familiar, a adequada assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como as medidas de promoção, de proteção e de recuperação à saúde. A finalidade deste documento é apoiar a organização da assistência à população infantil de 0 a 10 anos e possibilitar que o profissional enfermeiro atuante na Atenção Básica identifique as ações prioritárias para a saúde da criança. No entanto, cabe a esse profissional adequar as informações contidas neste protocolo para o contexto de atuação, procurando atender às reais necessidades de cada região.

Consulta de enfermagem à criança de 0 a 10 anos

A consulta de enfermagem consiste na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil (CD Infantil), estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança, terapêutica ou encaminhamento adequado. A Resolução do Cofen 159/1993 e Resolução 358/2009 tornam obrigatória a consulta de enfermagem com a Sistematização da Assistência em todos os níveis de assistência à saúde, sendo essa executada privativamente pelo enfermeiro (Decreto 94.406/87). O acompanhamento do CD da criança de 0 a 10 anos deverá ser realizado em consultas intercaladas entre o profissional enfermeiro e o médico, visitas domiciliares e grupos educativos. Para as crianças sem fator de risco, deve-se seguir o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Calendário básico de consultas para a assistência à criança de 0 a 10 anos

Calendário de consultas	Agendamento
Consultas no primeiro ano de vida	Primeira consulta com 10 dias e as demais no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º mês
Consultas no segundo ano de vida	15º, 18º e 24º mês
Consultas no terceiro ao décimo ano de vida	Uma consulta ao ano

Fonte: Atenção à Saúde da Criança (adaptado).

Condições da população infantil podem configurar situações de risco para saúde da criança e impor acompanhamento mais rigoroso e encaminhamento para o pediatra e/ou especialista. Essas situações de risco estão apresentadas em dois grupos (Quadros 2 e 3), conforme o grau de complexidade requerido para a sua abordagem).

Quadro 2. Situações de risco para a saúde da criança acompanhada pela equipe de atenção básica de saúde com indicação de avaliação periódica e encaminhamento (grupo1).

6m

Mãe com baixa escolaridade
Mãe adolescente
Mãe deficiente mental
Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para essas doenças
Morte materna
História de óbito de menores de 1 ano na família
Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis
Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas
Criança nascida de parto domiciliar não assistido
Recém-nascido retido na maternidade
Desmame antes do 6º mês de vida
Desnutrição
Internação prévia
Criança não vacinada ou com vacinação atrasada
Fonte: Atenção à Saúde da Criança (adaptado).

Quadro 3. Situações de risco para a saúde da criança com necessidade de acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista juntamente com a equipe de atenção básica de saúde (grupo 2)

Baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500g)
Prematuridade (menor de 37 semanas)
Desnutrição grave
Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme/fibrose cística
Doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, AIDS)
Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS
Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar
Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados
Evolução desfavorável de qualquer doença
Fonte: Atenção à Saúde da Criança (adaptado).

Para as crianças com o fator de risco prematuridade, preconiza-se um calendário especial de seguimento ambulatorial (quadro 4).

Quadro 4. Calendário de seguimento ambulatorial de 0 a 10 anos para crianças com o fator de risco prematuridade

Calendário de consultas	Agendamento
Primeira consulta	7 a 10 dias
Revisões mensais	até 6 meses
Revisões bimestrais ou trimestrais	6 meses aos 12 meses
Revisões trimestrais	13-24 meses
Revisões semestrais 2 a 4 anos	2 a 4 anos de idade cronológica
Revisões anuais	4 anos até a puberdade

Fonte: Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. SBP, 2012, p.6 (adaptado).

Am

Objetivos da consulta de enfermagem

Acompanhar o Crescimento e Desenvolvimento (CD) de criança de 0 a 10 anos;

Identificar situações de risco para a saúde da criança e encaminhar os casos que necessitem de acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista, juntamente com a equipe de atenção básica de saúde;

Estimular o Aleitamento Materno e os Dez Passos da Alimentação Saudável;

Prestar assistência de enfermagem às queixas comuns na infância;

Estimular a formação de grupos educativos de puericultura;

Reduzir a morbidade e mortalidade nessa faixa etária;

Contemplar os direitos da criança (Estatuto da criança);

Identificar, denunciar e encaminhar às instituições competentes os casos de acidentes e violência doméstica contra a criança.

Observações

Sinais indicativos de negligência aos cuidados relacionados à higienização, alimentação e estado de saúde e de violência como equimoses, hematomas, pequenos traumas e comportamento de hipoatividade ou abatimento da criança. Em caso de evidências desses sinais, encaminhar a criança para o conselho tutelar local.

Alterações de pele: Eritema tóxico – pequenas lesões eritematopopulosas disseminadas; Mancha mongólica mancha arroxeadas localizada na região dorso glúteo, relacionada à miscigenação de raça;

Neris materno – manchas avermelhadas disseminadas, não salientes, na fronte, pálpebras, lábios e nuca;

Milium sebáceo – glândulas sebáceas aumentadas (queixo, bochecha, nariz) que desaparecem nos dois primeiros meses de vida; Descamação fisiológica nas mãos e pés;

Marca do bico da cegonha – cor rósea localiza-se na região frontal e nuca, desaparece até o primeiro ano de vida;

Marca vinho do porto – coloração vermelho-púrpura varia o tamanho e dificilmente desaparece; Hemangioma – afeta o tecido subcutâneo, são vênulos interligados dando cor azulada à pele que a recobre e raramente desaparece.

Exame físico:

Sinais vitais: temperatura (região axilar no mínimo 3 minutos), respiração (observar tórax e frequência respiratória), pulso (radial ou carotídeo com frequência e amplitude) e pressão arterial (caso necessário).

Cabeça: formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo, suturas (disjuntas simétricas ou assimétricas, justapostas, cavalgadas), traumatismos reversíveis

(amoldamento craniano, bossa serossanguinolenta, cefalohematoma, pega de fórceps, máscara cianótica, craniotable), medir perímetro cefálico.

Fontanelas:anterior (bregmática) 4 a 6 cm ao nascer, fechamento entre 18 e 24 meses; posterior (lâmbdia) mede de 1 a 2cm, fecha por volta de 2 meses. Avaliar tamanho, tensão e se estão abauladas, deprimidas ou planas.

Olhos:aspecto e simetria dos olhos, presença de visão pela observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo.

Ouvidos:forma, alterações, implantação das orelhas. Acuidade auditiva através do pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.

Nariz:inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais.

Boca e faringe:inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina, presença de hiperemia, integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial) e outras alterações.

- Pescoço:inspeção e palpação de gânglios (tamanho, mobilidade, dor), rigidez de nuca.

Tórax: forma, simetria, deformidades, sinais de raquitismo e mamilos (número, simetria, ingurgitamento, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos), medir perímetro torácico.

Pulmão: percussão e ausculta, presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.

Coração: ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; presença de cianose e edema.

Abdômen: presença de hiperemia e secreção no coto umbilical (mumificação completa entre o 7º e o 10º dia de vida), alterações globais de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. Observar sinais de alteração na região do fígado e rins (percutir, auscultar e realizar palpação superficial e profunda), observar presença de dor e rigidez.

- Pele e mucosas: elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN, normalmente está lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida.

- Genitália:

1) Meninos — integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis, orifício uretral (hipospádia, epispádia), verificar presença de fimose, testículos na bolsa escrotal (ectópicos) ou

criptorquidia (condição médica na qual não houve uma descida correta do testículo da cavidade abdominal para o escroto), observar presença de Bálano (inflamação do prepúcio e glândula ocorre devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras), presença de hérnias e hidrocele;

2) Meninas - integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida), existência de fístulas.

- Ânus – pérvio ou presença de fístula ou fissuras.
- Membros superiores e inferiores - tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, paresias, paralisias, luxações congênitas de quadril - Manobra de Ortoloni), fraturas, presença de massas, linha palmar e plantar, presença de acesso venoso e arterial (local, tipo de cateter, sinais de infecção ou extravasamento).
- Coluna vertebral: rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade.

Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil

O crescimento e o desenvolvimento (CD) são eixos de referência para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente idealizadas e desenvolvidas pelo serviço de saúde pública, sob os aspectos biológico,

afetivo, psíquico e social. As medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são condições cruciais para que o crescimento e o desenvolvimento infantis se processem de forma adequada.

Crescimento é o aumento do tamanho corporal, sendo um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. Cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear) e é um dos melhores indicadores de saúde da criança, pois reflete as condições em que ela vive.
Desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas, indo além de uma determinação biológica e, por isso, necessita de uma abordagem multidisciplinar. Cada criança tem um curso único de desenvolvimento.

Alguns fatores podem interferir no CD da criança, sendo estes considerados intrínsecos (ex.: potencial genético ao nascimento) e extrínsecos (ex.: hábitos alimentares; uso de drogas; saneamento básico; ambiente estimulador; educação; saúde e lazer), que impedem ou melhoraram o alcance da programação genética para crescimento e desenvolvimento.

É importante salientar que qualquer contato com crianças em serviços de saúde, mesmo que em uma situação eventual, caracteriza-se como oportunidade para avaliar e registrar seu crescimento e desenvolvimento.

Um dos instrumentos de registro do CD da criança é a **Caderneta de Saúde da Criança**, na qual o profissional de saúde deverá anotar todas as informações mais importantes sobre a história da saúde e desenvolvimento da criança até os 9 anos de idade. A partir dos 10 anos, a caderneta a ser utilizada é a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2013).

O crescimento da criança pode ser acompanhado pelos gráficos de peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e o desenvolvimento pela ficha de marcos do desenvolvimento infantil da Caderneta de Saúde da Criança.

Para a avaliação do crescimento, utilizam-se os indicadores demográficos sexo e idade (data de nascimento em meses) e os indicadores antropométricos peso e massa corporal em quilogramas (kg), estatura e perímetro cefálico em centímetros (cm).

A combinação entre os indicadores antropométricos e demográficos determina o índice a ser registrado nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança como peso x idade, índice de massa corporal (IMC) x idade, comprimento x idade, perímetro cefálico x idade (Quadro 5) (BRASIL, 2005; 2013). Esses índices são expressos em percentis ou escores Z, nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança.

Quadro 5. Índices de avaliação do estado nutricional de crianças de 0 a 9 anos a partir da combinação entre indicadores antropométricos e demográficos

Índices	Objetivo
Peso (ou IMC) x idade	Avaliar o estado nutricional; caracterizar o baixo peso e detectar precocemente desnutrição aguda e sobrepeso
Comprimento x idade	Detectar precocemente déficits de estatura, sendo a causa mais provável a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções pregressas
Perímetro cefálico x idade	Avaliar o crescimento da cabeça/cérebro

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança. BRASIL, 2013 (adaptado).

PA

No quadro 6, apresentam-se a evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico do 1º ao 2º ano de vida.

Quadro 6. Evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico - 1º ao 2º ano de vida

Mês ou ano	Peso (1º ano de vida)
1º trimestre	20 a 30 g/dia
2º trimestre	15 a 20 g/dia
3º trimestre	10 a 14 g/dia
Mês ou ano	Estatura
1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm
2 anos *	10 a 12 cm
3 a 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 e 6 cm
Mês ou ano	Perímetro Cefálico
1º e 2º mês	2 cm/mês
3º e 4º mês	1,5 cm/mês
5º ao 12º mês	0,5 cm/mês
2º ano	0,3 cm/mês

*(50% da estatura a ser atingida na fase adulta)

Evolução do peso

Registrar a aferição de peso e estatura na Caderneta de Saúde da Criança, para garantir a avaliação e o diagnóstico nutricional, através da curva de percentil ou escore Z. O recém-nascido, geralmente, perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida, depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e triplica o peso de nascimento até o 12º mês de vida. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos três) e avaliam-se o traçado ascendente como satisfatório, o horizontal como sinal de alerta e o descendente como sinal de perigo.

Avaliação do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento. É um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros.

Cada criança possui o seu ritmo de amadurecimento do sistema nervoso central, mas há algumas características consideradas marcos que são mais frequentes e esperados para uma determinada idade. Além disso, cada criança ocupa um lugar social no contexto familiar e seu desenvolvimento depende da maneira como ela é tratada pelos seus pais e familiares.

Assim, durante as consultas, é importante perguntar para a mãe/cuidador sobre fatores associados ao desenvolvimento da criança (Figura 1), observar alguns detalhes no seu exame físico e finalizar com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária.

É preciso que o profissional busque informações, durante uma consulta de rotina em consultório de CD, sobre questões relacionadas à higiene da criança e família, condições sociais, alimentação, educação, estabelecimento de vínculo afetivo entre mãe/ cuidador-criança, além do papel do pai ou figura

masculina nas relações afetivas, também, precisam ser observadas de perto, pois influenciam diretamente no crescimento e no desenvolvimento da criança.

Os instrumentos de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 12 meses (Figura 2) e 12 meses a 3 anos (Figura 3) da Caderneta da Criança apresentam instruções de como cada marco deverá ser avaliado pelo profissional de saúde, sendo algumas atividades estimuladas para serem feitas com a ajuda da mãe/cuidador.

A área rachurada de amarelo significa o período no qual é adequado o marco correspondente ser encontrado, na avaliação da criança. Sendo assim, o profissional deverá marcar com a letra P (marco presente), A (marco ausente) ou NV (marco não verificado) em cada marco, de acordo com a faixa etária da criança.

Podem ser necessários alguns objetos ou brinquedos na avaliação dos marcos do desenvolvimento e, portanto, a criança precisa se sentir à vontade, confortável e em ambiente tranquilo.

Após avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil, o profissional deverá classificar e tomar as condutas adequadas (Quadro 7).

Quadro 7. Avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil

Avaliar	Classificar	Tratar
Perímetro cefálico < - 2 escores Z ou > +2 escores Z ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora
Ausência de um ou mais	Alerta para o	Orientar a mãe/cuidador sobre

PA

marcos para a sua faixa etária	desenvolvimento	a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de risco	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	Desenvolvimento normal	Elogiar a mãe/cuidador Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança Retornar para o acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

O preenchimento adequado da Caderneta da Criança assim como as anotações pertinentes no prontuário da criança é indispensáveis para o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo enfermeiro, principalmente, se a criança for encaminhada a um serviço especializado, caso seja necessário.

Dentição

A boca da criança deve ser limpa desde o nascimento, após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada. Algumas crianças já nascem com dentes, outros poderão não tê-los até um ano de

pa

idade. Não há consenso sobre o fato de a erupção estar relacionada com picos febris ou diarreia.

Profilaxia medicamentosa

Suplementação de ferro

A anemia por deficiência de ferro é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% nas crianças brasileiras. A Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.

Quadro 8. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses de idade

Profilaxia com Ferro Elementar em Recém-Nascidos e Lactentes

Recém-nascido	Indicação	Dose Profilática de Ferro Elementar	Apresentação
Recém-nascido a termo em Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	Iniciar aos 6 meses de idade	1 mg/kg/dia até completar 24 meses ou 25 mg/semana até 18 meses	Solução oral 25 mg/mL (1 gota = 1 mg de ferro)
Recém-nascido a termo sem Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	Iniciar aos 4 meses de idade	1 mg/kg/dia até completar 24 meses	Solução oral 25 mg/mL (1 gota = 1 mg de ferro)
Pré-termo (>1.500 g)	Iniciar aos 30 dias de vida	2 mg/kg/dia durante 12 meses; após esse período, 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	Solução oral 25 mg/mL (1 gota = 1 mg de ferro)
Pré-termo (1.000 a 1.500 g)	Iniciar aos 30 dias de vida	3 mg/kg/dia durante 12 meses; após esse período, 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	Solução oral 25 mg/mL (1 gota = 1 mg de ferro)
Pré-termo (<1.000 g)	Iniciar aos 30 dias de vida	4 mg/kg/dia durante 12 meses; após esse período, 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	Solução oral 25 mg/mL (1 gota = 1 mg de ferro)

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

*Recomendação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006).

**Recomendação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde (2005).

Orientações para a mãe/família

Administrar o suplemento no mesmo horário, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da alimentação), de preferência com suco de fruta (ex.: laranja, caju, acerola) quando não em AME. Ocorrência de possíveis efeitos adversos (ex.: fezes escurecidas, diarreia).

Suplementação de Vitamina A

No Brasil, a deficiência de vitamina A é considerada um problema de saúde pública, sobretudo na região Nordeste e em alguns locais da região Sudeste e Norte. A suplementação com vitamina A, em crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses), reduz em 24% o risco global de morte, em 28% da mortalidade por diarreia e mortalidade por todas as causas, e, em 45%, em crianças HIV positivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda administração de suplementos de vitamina A para prevenir a sua carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses (4 anos e 11 meses).

Medidas importantes de prevenção da deficiência de vitamina A
Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade (pelo menos) com a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade.
Promoção da alimentação adequada e saudável, assegurando informações para incentivar o consumo de alimentos que sejam fontes em vitamina A pela população. - Suplementação periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses de idade, com megadoses de vitamina A.
Suplementação com megadoses de vitamina A para puérperas no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar.

Alimentos ricos em vitamina A

Animais	Vegetais	Frutas e oleaginosas
Leite humano Leite integral Óleos de peixe Gema	Espinafre Beldroega Couve Caruru Abóbora	Manga Mamão Buriti Pupunha Dendê

Pa

Am

Carnes (fígado)	Cenoura	Pequi
-----------------	---------	-------

O **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** consiste na suplementação medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses) por não atingirem, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo.

Quadro 9. Suplementação de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade

Idade	Dose	Frequência
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Brasil, 2012).

Os suplementos de vitamina A devem ser oferecidos à criança de 6 em 6 meses, com intervalo mínimo de 4 meses entre a administração de duas megadoses. A administração é feita via oral. Não há contraindicações para a administração de suplementos de vitamina A para crianças. Geralmente, não há efeitos colaterais, mas é possível que a criança coma menos durante um dia, vomite ou sinta dor de cabeça. Avise à mãe que esses sintomas estão previstos, são temporários e não necessitam de tratamento específico.

Na Caderneta de Saúde da Criança, existe espaço para registro das doses administradas, data e retorno da criança.

É muito importante orientar a mãe ou responsável pela criança a voltar à unidade de saúde sempre que for marcado o retorno de vacina ou de administração de vitamina A.

Suplementação de Vitamina D

Pa

O raquitismo, atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e à restrição

6m

à exposição solar, é uma condição prevenível. Estima-se que a quantidade de luz solar necessária para prevenir a deficiência de vitamina D seja de 0,5 a 2 horas por semana (17min/dia), com exposição apenas da face e das mãos do bebê (SPECKER et al., 1985). Se o bebê estiver usando apenas fraldas, a exposição deve ser de 30min/semana (4min/dia). É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer de 3 a 6 vezes mais exposição do que a indicada para bebês de pele clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D.

A Academia Americana de Pediatria recomenda evitar a exposição solar direta dos bebês até 6 meses, pelo risco cumulativo de câncer de pele.

Quadro – Recomendação de Suplementação de Vitamina D

Recomendação

Administrar **200 a 400 UI/dia de vitamina D** às crianças que apresentem um ou mais dos seguintes fatores de risco: **prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar** (por hábitos culturais ou uso rotineiro de protetor solar durante passeios ao ar livre) e **filhos de mães vegetarianas estritas em aleitamento materno**.

Fonte: Ministério da Saúde – Diretrizes para Atenção Integral à Saúde da Criança.

Suplementação para o bebê prematuro

O bebê prematuro possui necessidades nutricionais aumentadas em relação ao recém-nascido a termo. Tanto o leite humano, quanto as fórmulas infantis de início não suprem integralmente as necessidades nutricionais teóricas das crianças prematuras no 1º ano de vida, podendo haver carências nutricionais diversas e indesejáveis.

Como o depósito das vitaminas lipossolúveis ocorre nos tecidos fetais no 3º trimestre da gestação, semelhante a outros nutrientes, as necessidades de vitaminas dos prematuros são maiores do que as de nascidos a termo, devido a seu ritmo de crescimento e carência de depósitos. A suplementação de vitaminas por via oral, a partir da 1ª semana de introdução da

dieta enteral e durante todo o 1º ano de vida, geralmente supre as necessidades nutricionais diárias das vitaminas hidrossolúveis.

Polivitamínico (solução oral) contendo vitaminas A, C e D: 12 gotas VO 1x/dia; ou Vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia).
Sulfato de zinco (10 mg/ml): 0,5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida

Alimentação saudável

Recomendações para crianças menores de 2anos

A prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança deve ser recomendada por todos os profissionais de saúde como importante estratégia para a promoção da saúde da população infantil. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda a adequação das práticas da alimentação complementar ao leite materno, também a partir dessa idade (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que divulgou uma versão atualizada dos “Dez passos para uma alimentação saudável”.

Em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS recomenda a operacionalização dos “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”, sintetizados no Quadro 10.

Quadro 10. Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos²⁸

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua

alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

De forma resumida, o Quadro 11 apresenta o esquema alimentar recomendado pelo MS para os dois primeiros anos de vida de crianças que amamentam. Esse esquema mostra

que o aleitamento materno deve ser continuado, porém, a partir dos seis meses de vida, devem ser introduzidos novos alimentos.

Importante ressaltar que a introdução deve ser gradual, respeitando as particularidades de cada criança. Desde as primeiras refeições não é recomendado processar os alimentos no liquidificador ou passá-los na peneira.

Quadro 11. Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que recebem leite materno

Quadro 11 – Esquema Alimentar para os Dois Primeiros Anos de Vida de Crianças em Aleitamento Materno

Faixa Etária	Esquema Alimentar Recomendado
Do nascimento até completar 6 meses	• Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda.
Ao completar 6 meses	• Leite materno sob livre demanda. • 1 papa de fruta. • 1 papa salgada. • Leite materno entre as refeições.
Ao completar 7 meses	• Leite materno sob livre demanda. • 2 papas de fruta. • 2 papas salgadas.
A partir de 12 meses	• Leite materno sob livre demanda. • Alimentação da família (almoço e jantar). • Frutas nos lanches. • Pão simples, cereais ou tubérculos nos lanches, conforme aceitação da criança.

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição. A partir dos 8 meses, alguns

alimentos que fazem parte da refeição básica da família já podem ser oferecidos à criança (arroz, feijão, carne cozida, legumes). Importante estarem amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com excesso de temperos ou condimentos (BRASIL, 2012).

Am

Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos. Para garantir o aporte de nutrientes, a papa salgada deve conter um alimento de cada grupo, desde a primeira oferta. Ressalta-se a importância da carne para prevenir a anemia. Os grupos de alimentos são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12. Grupos de alimentos a serem utilizados no preparo das papas salgadas

Grupo de Alimentos	Exemplos
Cereais, tubérculos	arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame
Leguminosas	feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico
Legumes, verduras e Frutas	folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga
Carnes ou ovo	frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Os familiares da criança que está iniciando a alimentação complementar deverão ser informados pelo profissional de saúde que é normal a criança recusar determinados alimentos e, por isso, deverão ser oferecidos novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias, em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança. O Quadro 13 resume a quantidade e consistência dos alimentos recomendadas nos dois primeiros anos de vida.

Pa

Quadro 13. Consistência e quantidade de alimentos recomendadas para crianças nos

dois primeiros anos de vida, segundo a faixa etária.

Idade	Consistência	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos (BRASIL, 2010) Separar a refeição em um prato individual para ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo. Estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la se necessário. Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor.

Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite.

Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir mais o apetite.

Fazer das refeições momentos tranquilos e felizes.

Recomendações para as crianças que não recebem leite materno

A proteção à amamentação e a orientação apropriada sobre alimentação devem estar entre as prioridades de ação dos profissionais de saúde que trabalham com a população infantil. No entanto, esses profissionais poderão se deparar com situações de contraindicação ao aleitamento materno ou desmame precoce, por isso necessitarão de informações acerca da alimentação recomendada para a criança que não amamenta.

As recomendações anteriores, relativas à consistência, quantidade e tipo de alimentos a serem ofertados para crianças que amamentam, também devem ser seguidas para aquelas que não amamentam, com exceção a época de introdução desses alimentos, conforme destacado no Quadro 14 (BRASIL, 2010).

Quadro 14. Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que não recebem leite materno

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses

	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta

Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL, 2010.

Diluição e preparo de leite artificial

Nos casos em que há necessidade de se orientar o preparo das fórmulas lácteas e diluições de leite (Quadro 15), tais orientações devem ser feitas de forma individualizada e por um profissional qualificado. (BRASIL, 2012).

Quadro 15. Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida

Quadro – Volume de Fórmula Infantil e Número de Refeições por Faixa Etária

Idade	Volume por Refeição*	Número de Refeições/Dia
Até 30 dias	60 a 120 mL	6 a 8
30 a 60 dias	120 a 150 mL	6 a 8
2 a 4 meses	150 a 180 mL	5 a 6
4 a 8 meses	180 a 200 mL	2 a 3
Acima de 8 meses	200 mL	2 a 3

***Observação:** O volume ofertado é uma referência e deve ser ajustado conforme a idade, o peso, a aceitação da criança e a orientação do profissional de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Saúde da Criança.

* Valores aproximados de acordo com a variação do peso corporal do lactente nas diferentes idades. Recomenda-se, após os quatro meses, oferecer o leite e outros alimentos.

Para o preparo do leite de vaca integral em pó, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária, conforme as quantidades descritas no Quadro 16.

Quadro 16. Preparo do leite de vaca integral em pó e fluido

Tipo de leite	Preparo
Leite em pó integral	1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida
	1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida
	2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida
Leite integral fluido	2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida

	70ml de leite + 30ml de água = 100ml
	100ml de leite + 50ml de água = 150ml
	130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Recomendações

o preparo de leites artificiais nunca deve ser coletivo;

o leite de vaca integral diluído a 10% ou 2/3 pode necessitar de acréscimos

calóricos pela adição de 5% de açúcar, 3% de amido (farinha de milho, aveia, arroz) e 3% de óleo vegetal (BRASIL, 2012).

- não oferecer o mel de abelha para crianças até 1 ano de idade devido ao risco de transmissão do botulismo, que é causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*, risco que existe principalmente devido à deficiência de fiscalização nas propriedades produtoras do mel in natura.

Recomendações para crianças de 2 a 10 anos

A promoção da alimentação saudável é fundamental durante a infância, quando os hábitos alimentares estão sendo formados. É importante que a criança adquira o hábito de realizar as refeições com sua família, em horários regulares (BRASIL, 2012). Para as crianças maiores de 2 anos, algumas recomendações gerais foram feitas pelo Ministério da Saúde, as quais estão sintetizadas nos “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos”, encontrados na atual Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania e apresentados no Quadro 17.

Quadro 17. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos



DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS



1

Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.



2

Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia. Dar preferência aos alimentos na sua versão integral e na sua forma mais natural.



3

Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, 2 frutas nas sobremesas e lanches.



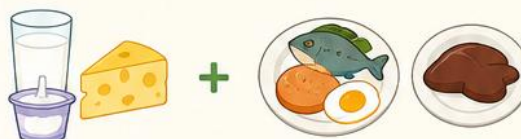
4

Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Logo após a refeição, oferecer ½ copo de suco de fruta natural ou ½ fruta que seja fonte de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outras para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo e prevenir anemia.



5

Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurte) 3 vezes ao dia. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer à criança vísceras e miúdos (fígado, moela), que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.



6

Evitar alimentos gordurosos e frituras; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar esses alimentos mais saudáveis.



7

Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou com muito açúcar, balas, bombons, biscoitos recheados, salgadinhos. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo 2 vezes por semana, em pequenas quantidades. Uma alimentação muito rica em açúcar e doces aumenta o risco de obesidade e cáries.



8

Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, linguiça e outros, pois contêm muito sal.



9

Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas só deve ser oferecido após as principais refeições, para não tirar a fome da criança.



10

Incentivar a criança a ser ativa e evitar que ela passe mais do que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador. É importante sair para caminhar com ela, levá-la para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, ou seja, fazer alguma atividade física.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL HOJE, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA SEMPRE!



Fonte: Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania, 2009. Adaptado.

Importante orientar que a criança deve se alimentar juntamente com os outros membros da família, seguindo os mesmos horários. Além disso, não se deve substituir o almoço e o jantar por mamadeiras de leite ou por outros produtos lácteos. É importante também não recompensar as crianças com sobremesa ou guloseimas (BRASIL, 2012).

Para o ambiente escolar, foram instituídas diretrizes nacionais para a promoção da Alimentação Saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e nível Médio nas redes públicas e privadas (BRASIL, 2006). Os profissionais de saúde que atuam em parceria com as escolas devem assumir o papel de colaborar na implementação dos “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas”:

- reforçar a abordagem da promoção da saúde e da alimentação saudável nas atividades curriculares da escola;

- restringir a oferta, a promoção comercial e a venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal;

- desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola. Aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras, com ênfase nos alimentos regionais;

- desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional dos escolares, com ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais.

Queixas mais comuns na infância

Anemia

A anemia por deficiência de ferro pode instalar-se em qualquer indivíduo que não receba a quantidade adequada desse nutriente na dieta ou que tenha dificuldades em sua absorção, como por exemplo, carência nutricional e parasitoses intestinais. As crianças fazem parte desse grupo de risco para a anemia ferropriva.

Principais sinais e sintomas: palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade e alteração do apetite

Como observar sinais de palidez palmar:

Inspecione a palma da mão da criança mantendo-a aberta, caso a observe pálida, a criança será identificada por palidez palmar leve, se for grande a intensidade que pareça branca, a palidez palmar será considerada grave.

Associe a cor da palma da mão da criança com a cor da palma da mão de sua mãe ou de uma pessoa da mesma raça.

Em caso de dúvidas, solicitar hemograma para definição de condutas.

O diagnóstico é estabelecido por avaliação dos sinais e sintomas e solicitação de hemograma (taxa de hemoglobina menor que 11).

As principais fontes de ferro (Quadro 18) são os alimentos que oferecem os nutrientes: o ferro heme (maior absorção) e o ferro não heme (menor absorção e menos eficiente).

Quadro 18. Principais alimentos ricos em ferro heme e ferro não heme

Ferro heme	Ferro não heme
Carnes vermelhas, Fígado de todos os animais	Verduras de folhas escuras (espinafre, brócolis, couve, salsa, etc.)
Carne das aves e peixes	Leguminosas (feijão, lentilhas, grão-de-bico, ervilhas, etc.)
Ovos	Frutas (uvas, maçãs, nozes, amêndoas, castanhas, etc.)

Fonte: Departamento Científico de Nutrologia – SBP – 2012.

Recomenda-se oferecer uma fruta com vitamina C in natura, amassada, após as refeições principais, como o almoço e o jantar. O ácido ascórbico, presente nas frutas cítricas (laranja, limão, caju, lima, acerola, abacaxi, goiaba, tomate, etc.) facilita a absorção de ferro.

O suco natural (feito na hora) pode ser oferecido, em pequenas quantidades, após as refeições principais. Para não reduzir a absorção do ferro pelo organismo, orienta-se não oferecer à criança chá preto ou mate, café e refrigerante próximo às refeições.

Cuidados de enfermagem:

Avaliar o tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal.

Avaliar alimentação e orientar a mãe para o uso de alimentos ricos em ferro.

Avaliar antecedentes de criança: prematuridade, baixo peso e morbidade neonatal. •

Associar o Sulfato Ferroso a sucos ricos em vitamina C e administrar 30 minutos antes das refeições.

Orientar o uso de Sulfato Ferroso com canudinho devido à destruição do esmalte dos dentes.

Alertar para a mudança de coloração das fezes e os cuidados com os

dentes.

Escabiose

É uma doença dermatológica e altamente infecciosa, cujo agente etiológico é o *Sarcoptes scabiei*. O agente sobrevive até 36 horas no ambiente. A transmissão ocorre mediante contato direto ou indireto, sendo o tempo de incubação entre 24 horas até 6 semanas.

As áreas de lesões mais comuns são entre os dedos das mãos e através das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. Forma-se erupção pápuloeritomatosa em consequência da infestação e da reação de hipersensibilidade ao ácaro. O prurido se manifesta intensamente no período da noite, devido à reprodução e deposição dos ovos do agente. Crianças imunodeprimidas estão mais susceptíveis à infecção, à apresentação de lesões com crostas ou generalizadas. É especificada como sarna norueguesa e há intensa descamação.

Tratamento: via tópica (Permetrina creme 5% e Lidano 1% loção ou creme) ou oral (Ivermectina).

O Benzoato de Benzila, loção a 10 ou 25%, não é mais indicado devido à toxicidade acentuada e resistência parasitária

Cuidados de Enfermagem:

Manter precaução até 24 horas após o tratamento.

Lavar roupas e objetos pessoais em temperatura mínima de 55°C.

Tratar pessoa infectada e contatos ao mesmo tempo.

Pediculose

É a infestação por parasitas (piolhos) que acomete a cabeça (*Pediculus humanus capitis*), o corpo (*Pediculus humanus corporis*), ou a área genital (*Phthirus pubis*). A transmissão ocorre de uma pessoa para outra e por meio de objetos pertencentes a essa pessoa. O tempo de incubação é de 8 a 10 dias.

As crianças em fase escolar são as mais sujeitas a infestações e se não forem tratadas, podem apresentar prejuízo no desempenho escolar e na saúde (coceira, noites mal dormidas) e, em casos mais graves, a anemia provocada pelo parasita. Para o tratamento, são utilizados os mesmos medicamentos tópicos usados na escabiose. O ideal é que sejam usados por 5 dias consecutivos e repetir aplicação sete a dez dias depois.

Orientações de enfermagem:

Inspecionar frequentemente a cabeça da criança.

Trocar roupas de cama e pessoais regularmente, assim como dos demais membros da família.

Instruir a criança a não compartilhar escovas de cabelo ou bonés de colegas de escola.

Lembrar que o tratamento estende-se as pessoas de convívio.

Usar pente fino e umedecer os cabelos com vinagre morno diluído em água (1:1), em partes iguais.

Dermatite por picada de inseto

Pápulas pruriginosas, em forma de cúpula, com vesículas às vezes umbilicadas que desaparecem frequentemente pela escoriação. São desencadeadas por picada de insetos (uma só picada faz com que surjam inúmeras lesões). As extremidades e região da cintura pélvica são as mais acometidas.

Orientações de enfermagem:

Usar mosquiteiro ou telas nas janelas.

Manter unhas curtas e limpas.

Indicar uso de pasta d'água, amido de milho 3 a 4 vezes ao dia ou chá de camomila para o banho.

Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Dermatite amoniacal

É conhecida como dermatite das fraldas e por monília /cândida. Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas.

Quadro 19. Formas de apresentação e características de dermatites segundo causas

Forma de Apresentação	Causas	Características
Moniacal	Urina, fricção, umidade, microorganismo, fezes e irritantes químicos	Erupção inflamatória
Monífase	Fungo monília que prolifera em ambiente úmido, presença de fezes e urina	Pele avermelhada com ou sem pontos esbranquiçados
Candidíase	Fungo cândida	Pele avermelhada com ou sem pontos esbranquiçados

Orientações de enfermagem:

Lavar o local com água morna a cada troca de fralda.

Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);

Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local, retirar cuidadosamente todo o resíduo após cada troca

de fralda;

Suspender fraldas descartáveis;

Lavar as fraldas com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;

Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias;

Usar cremes à base de óxido de zinco;

Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Dermatite seborreica

Lesão eritemato descamativa, papulosa, não pruriginosa podendo apresentar, de forma focal ou generalizada, em couro cabeludo, em face, pescoço, axilas e área de fraldas. Podem evoluir para lesões pós-inflamatórias pigmentadas.

Orientações de Enfermagem:

Passar vaselina ou óleo mineral no couro cabeludo uma vez ao dia, deixar por 1 hora e retirar seborreia com escova ou pente fino delicado.

Lavar a cabeça com sabonete neutro.

Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Intertrigo

Trata-se de uma infecção de pele causada pelo mesmo fungo responsável pela candidíase (*Candida albicans*). Esse fungo se aloja na pele sem causar nenhuma alteração, com o objetivo de alimentar a queratina para manter-se ativo. No entanto, nas áreas sujeitas a atritos (dobras da pele, axilas, virilhas e nuca), sob o efeito do calor e da umidade, pequenas fissuras podem servir de porta de entrada para a infecção por esse fungo.

A irritação da pele pode ser causada pela urina e pelas fezes nas fraldas, favorecendo o desenvolvimento do fungo e de eritema intenso nas áreas de dobras cutâneas, de aspecto

úmido e descamativo a qual se propaga com lesões eritemato-vesicopustulosas na periferia (lesões satélites). As vesículas rompem-se, unem-se, e assim, novas placas se formam intensificando o quadro. Nesse caso, o melhor método de prevenção é manter as dobras da pele seca e evitar uso de tecidos sintéticos.

Recomendações

Lavar a região íntima da criança com água e sabão neutro após ter urinado e/ou evacuado.

Enxaguar bem a pele da criança principalmente na região das dobras e coloque outra fralda.

Trocar a roupa da criança após transpiração ou banho no mar ou piscina.

Dar preferência por roupas de algodão.

Impetigo

É uma doença comum que na infância, geralmente, manifesta-se entre o segundo e terceiro dia de vida, com alta probabilidade de transmissão. Os agentes causadores mais frequentes são: *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus beta-hemolítico*.

Impetigo bolhoso

Lesão inicial assemelha-se à queimadura de cigarro. As áreas mais afetadas são: tronco, face, coxa, nádegas. Na pele íntegra, desenvolvem-se bolhas, vesículas, porém sem sinais de eritema ao redor. A crosta amarelada que se forma após é resultado da dessecação do conteúdo seroso inicial.

Impetigo não bolhoso

Há eritema seguido de formação de vesículas que facilmente rompem-se. Observam-se áreas com erosão de pele e crostas amareladas que localizam-se mais frequentemente na face, braços, pernas e nádegas. As áreas acometidas são costumeiramente as úmidas como virilha, dobras do pescoço e axilas.

O surgimento ou não de impetigo nos locais de atendimento neonatal evidencia a excelência da prevenção de infecção. A transmissibilidade ocorrerá enquanto houver agentes colonizados nas narinas do doente ou do portador sem sintomas. As mãos são os meios de maior propagação da infecção.

O tratamento ocorrerá segundo as condições do recém-nascido. Havendo evidências sistêmicas infecciosas, o tratamento será via parenteral (antibioticoterapia).

Indicações para tratamento com antibióticos sistêmicos

Mais de cinco lesões, linfadenomegalia, febre, infecções no couro cabeludo, pela dificuldade do uso de cremes ou pomadas no local, faringite associada, acometimento de estruturas mais profundas (tecido subcutâneo, fáscia muscular), e infecções próximas à cavidade oral uma vez que a criança pode retirar a medicação tópica com a boca.

Na ausência de manifestações sistêmicas, o tratamento instituído poderá ser tó- pico. Deve-se, nesse caso, remover as crostas, com água e sabão antisséptico (triclosan, irgarsan ou clorexidina), duas a três vezes ao dia. Havendo dificuldade na remoção, pode-se usar aplicação de vaselina. As drogas de escolha para os casos de menor gravidade são as Cefalosporinas orais de primeira geração.

Macrolídeos também podem ser utilizados, como azitromicina, claritromicina e eritromicina, em pacientes alérgicos à penicilina e às cefalosporinas. Nos casos graves, a Oxacilina (intravenosa) ou a Clindamicina poderão ser utilizadas.

Miliária (Brotoeja)

pa

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substâncias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.

Quadro 20. Formas de apresentação e características de miliária segundo localização.

Formas de apresentação	Característica	Localização
Cristalina	Pequenas vesículas de coloração clara e pruriginosas	Pescoço e axilas
Rubra	Vesícula em base eritematosa, pápulas e prurido	Regiões cobertas por roupas, tais como: tronco e braços
Profunda	Pápulas rosadas com pouco ou nenhum prurido	Tronco

Orientações de Enfermagem:

Usar roupas leves.

Lavar as roupas novas antes de usá-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume.

Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes neutros.

Enxaguar a criança após o banho com 1 litro de água e 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho, caso as lesões sejam das formas rubra e/ou profunda.

Orientar o pai quanto ao contato com a barba.

Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Constipação intestinal

A constipação intestinal é uma situação muito comum em crianças e é definida de diversas formas, mas sumariamente é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações.

A constipação pode ser dividida de forma didática em aguda e crônica. A constipação aguda pode ser observada durante um curto período como jejuns, anorexia, mudanças de ambiente (como em viagens, por exemplo, algumas pessoas não conseguem evacuar). Tais situações, na maioria das vezes, retornam ao seu estado de normalidade, assim que os hábitos de vida se reestruturam.

A constipação crônica pode ser dividida em funcional e orgânica. Algumas causas orgânicas são as anormalidades anorretais (ânus imperfurado, ânus ectópico anterior, ânus anteriorizado, doença de Hirschsprung) e cólon. Além dessas, há extras intestinais como uso de alguns medicamentos, doenças endócrinas, metabólicas e neurológicas. Já as causas funcionais são as responsáveis pela grande maioria da constipação crônica nas crianças e são condições que envolvem múltiplos fatores.

As manifestações clínicas variam com a idade da criança. As características das fezes podem apresentar diferenças entre elas. Enquanto

algumas evacuam fezes em cíbalas e com dificuldade, outras evacuam fezes volumosas a cada 5 a 7 dias.

Em recém-nascidos pode haver um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas. É importante saber que, em lactentes em aleitamento natural exclusivo, não devem receber tratamento para constipação, pois uma situação fisiológica ocorre quando

eliminam fezes amolecidas e volumosas sem dificuldade/dor em intervalo de tempo maiores.

Nos pré-escolares é frequente a ocorrência do comportamento de retenção. Na maioria das vezes, o motivo é o medo de evacuar e algumas atitudes são observadas na anamnese, como segurar a defecação, aversão ao vaso sanitário, e busca de novas posições e lugares para evacuar. A partir dos quatro ou cinco anos, aumenta a queixa de escape fecal. Apesar de um longo histórico de constipação, o escape fecal passa a ser uma preocupação para os pais e para a própria criança devido ao constrangimento e rejeição no convívio social da mesma. O programa terapêutico deverá ser individualizado de acordo com a idade, tipo de alimentação, relações sociais da criança com a família, amigos e dentro do ambiente escolar e, principalmente, com a gravidade do caso.

Grande parte dessas crianças com constipação não recebe um tratamento específico e/ou adequado e convive com o problema até a fase adulta. Na avaliação inicial, deve-se decidir qual a terapêutica a ser adotada. Em casos menos complicados, a terapêutica é voltada para orientação alimentar, como aumento da oferta hídrica e alimentos ricos em fibras. Além disso, é de extrema importância que a criança tenha acesso irrestrito ao

banheiro e que nesse tenha um vaso sanitário na altura adequada para que ela apoie os pés durante a evacuação. É importante, também, que a criança seja encorajada a ficar no vaso sanitário após refeição para estimular a evacuação por meio do reflexo gastro-cólico.

Nos casos mais graves, sempre que puder, as crianças devem ser encaminhadas a um ambulatório especializado para um tratamento que utilize laxantes. Esses medicamentos, apesar de alguns serem “caseiros”, devem ser administrados com cautela e sob orientações.

Os laxantes podem ser divididos em quatro categorias:

formadores de bolo fecal: incluídas aqui as fibras alimentares solúveis e insolúveis. Ambas podem auxiliar na prevenção e no tratamento da constipação, mas as fibras insolúveis são mais eficazes. O aumento do bolo fecal aumenta o peristaltismo intestinal;

lubrificantes: não interferem no peristaltismo intestinal, mas lubrificam e amolecem as fezes. Nesse grupo estão: óleo mineral, óleos vegetais (oliva, algodão e milho) e vaselina;

osmóticos: aqui podem ser citados o sulfato de magnésio, o leite de magnésia, o sulfato de sódio, a lactulose, o manitol. Substâncias essas que não absorvidas pelo intestino que, por força osmótica, aumentam a quantidade de água na luz intestinal, acarretando estímulo do peristaltismo;

estimulantes do peristaltismo intestinal: aqui encontram-se aqueles que, em contato com a mucosa do cólon intestinal, fazem aumentar o peristaltismo. Alguns exemplos são os derivados antraquinônicos extraídos de plantas (senna, cáscara sagrada), o óleo de rícino e os derivados de defenilmetano (fenoftaleína, picossulfato e bisacodil). Alguns produtos são comercializados com uma mistura de vários agentes laxantes pertencentes aos diferentes grupos supracitados, podendo assim causar efeitos intensos e prolongados. Dessa maneira, não devem ser usados em crianças, pois podem causar distúrbios hidroeletrólíticos, além de cólicas abdominais intensas.

Parasitose intestinal

Infestação ou infecção do trato intestinal por parasitas.

Orientações de enfermagem:

Beber água tratada ou fervida e lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,0% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente.

Comer carne bem cozida ou assada.

Manter as mãos limpas e as unhas curtas e lavar as mãos antes de preparar os alimentos, de todas as refeições e após cada evacuação.

Proteger os alimentos contra poeira, moscas e outros animais.

Manter os pés limpos e calçados.

Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados.

Não usar água parada para banho ou brincar.

Diarreia

Situação caracterizada pela perda de água e eletrólitos e consequente aumento do 980

volume e da frequência das evacuações e, na diminuição da consistência das fezes, apresenta, em algumas vezes, muco e sangue (disenteria).

Plano A

As ações deste plano visam evitar a desidratação no domicílio e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

– Observe – estado geral: bem e em alerta; olhos: normais; lágrimas: presentes; sede: bebe normal, sem sede

– Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece rapidamente; pulso: normal; enchimento capilar: cheio

– Decida –se não tem sinais de desidratação, trate com o plano A

Tratamento do Plano A

Orientar pais ou responsáveis a:

— Dar mais líquido do que o habitual em casa, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.

— Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno. Se a criança não mamar na mãe, continuar com o leite habitual. Manter a dieta normal para as crianças maiores de 4 meses que comem alimentos sólidos.

— Levar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:

Sinais de perigo

–Piora da diarreia

–Recusa de alimentos

Vômitos repetidos

Febre

Muita sede

Sangue nas fezes

Idade	Quantidade de SRO após evacuação diarreica	Quantidade de SRO para levar para o domicílio
Menores de 1 ano	50 a 100 ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200 ml	2 envelopes por dia
Maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Plano B

As ações deste plano visam prevenir, por via oral, a desidratação e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

- Observe – estado geral: irritado, intranquilo; olhos: fundos; lágrimas: ausentes; sede: sedento, bebe rápido e avidamente;
- Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece lentamente; pulso: rápido, débil; enchimento capilar: prejudicado;
- Decida — se apresentar dois ou mais sinais supracitados, tem desidratação; tratar com Plano B.

Tratamento do Plano B

Sempre que possível, pesar a criança e seguir os seguintes passos:

— Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.

— Observar o paciente continuamente, durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.

— Durante a reidratação, reavaliar o paciente. Usar os sinais supracitados para

Pa

avaliação do estado de hidratação da criança. Se não apresentar sinais de desidratação, retorne ao Plano A. Caso continue desidratada, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar. Se a criança evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C (a seguir).

— Aproveitar a permanência do responsável no serviço de saúde para ensinar a: reconhecer os sinais de desidratação; preparar e administrar o SRO; praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar.

— As crianças que estiverem em estado de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa.

Plano C

As ações deste plano visam prevenir a desidratação grave e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

— Observe — estado geral: comatoso, hipotônico; olhos: muito fundos e secos; lágrimas: ausentes; sede: bebe mal ou não é capaz de beber;

— Exame físico/explore — sinal de prega: desaparece muito lentamente (> 2 segundos); pulso: muito débil, ausente; enchimento capilar: muito prejudicado;

— Decida — Se apresentar dois ou mais sinais supracitados, incluindo um sinal, tem desidratação grave; tratar com Plano C.

Tratamento do Plano C

Pesar a criança e referenciar para uma unidade de suporte mais avançada para iniciar terapia intravenosa e ser monitorizada.

Tratamento para crianças menores de 5 anos

FASE RÁPIDA		
Solução (1:1)	Volume total	Tempo de infusão

½ soro glicosado 5%	100 ml/kg	2 horas
½ soro fisiológico 0,9%		

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Após infusão, avaliar a criança e, assim que ela puder beber, iniciar o SRO, mantendo hidratação por via venosa.

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO	
Volume para manutenção	(SG 5%)4 : 1(SF 0,9%) => 100ml/kg em 24h
+	
Volume para reposição	(SG 5%) 4 : 1 (SF 0,9%) =>100 ml/kg / 24 horas
+	
KCl a 10%	2ml / 100 ml

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Tratamento para maiores de 5 anos

FASE RÁPIDA		
Solução (1:1)	Volume total	Tempo de infusão
SF 0,9%	30 ml/kg	30 minutos
Ringer Lactato ou solução poli eletrolítica	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011

Pa

Manter a avaliação da criança continuamente. Se não estiver melhorando, aumentar a velocidade da infusão.

Fase de manutenção

Após a fase rápida do quadro acima, quando a criança puder, oferecer (geralmente em 2-3 horas) o soro oral, mantendo a hidratação por via endovenosa com 20 ml/kg/dia. Manter a criança em observação durante pelo menos 6 horas. E retirar a via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO suficiente para manter-se hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume de evacuações.

Lembrar aos pais ou responsáveis que a quantidade de SRO a ser ingerida é maior nas primeiras 24 horas do tratamento, principalmente para aquelas crianças desidratadas graves. Como orientação, considerar a quantidade média de SRO necessária para esses pacientes: entre 250-500 ml (SRO/kg de peso/24 horas). **ATENÇÃO!** Caso exista sangue nas fezes (disenteria), fazer uma anamnese e exame físico cuidadosos para investigar parasitoses, verminoses ou até infecções bacterianas e encaminhar para consulta médica. A prescrição de antibióticos e anti-heméticos deve ser cuidadosa e sob responsabilidade médica.

Cólica do recém-nascido

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesmo, antes do 6º mês de vida. Traduz em choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatus, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida.

Monilíase oral

É causada pelo fungo *Candida Albicans*, naturalmente presente na boca. Seu aumento leva ao desenvolvimento da candidíase oral, que se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas com aspecto de queijo, exudativas, cremosas, sobre a língua, a mucosa oral, o palato e outras superfícies da cavidade oral.

A candidíase oral acomete adultos e crianças e também pode ser conhecida por 985

“sapinhos”. Como consequência, podem surgir a esofagite e suas complicações, como a disfagia, dificuldades com a alimentação do bebê e da criança e odinofagia. O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UL/ ML. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia, na mucosa oral por sete dias. Deve-se realizar antes a higiene oral com água bicarbonatada, aguardar 10 minutos e, então, aplicar a solução de nistatina, metade em cada região da mucosa oral. Desaparecendo os sintomas, manter esquema por mais 2 dias.

Orientações de enfermagem

- Limpar as lesões superficiais com solução bicarbonatada: 1 xícara de chá com água (fervida e já fria) e 1 colher de chá de bicarbonato de sódio. Essa higiene oral deve ser feita antes da mamada, assim como do seio materno, antes e após cada oferta ao bebê.
- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível, suspendê-los ou lavá-los com água e sabão e ferver por 15 minutos.
- Evitar beijar a criança próximo aos lábios.
- Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança, antes e após higienizar as mamas.
- Agendar retorno após 2 dias.

Coto umbilical

É a parte do cordão umbilical que fica anexa ao abdome, após o clampeamento e corte do mesmo. Inicialmente apresenta-se gelatinoso e seco, progressivamente, mumificando perto do 3º ou 4º dia de vida e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical.

Orientações de enfermagem:

- Realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem.
- Aplicar álcool 70% com cotonete ou gaze limpa após cada troca de fralda e após o banho, no mínimo 3 vezes ao dia.
- Procurar atendimento mediante sinais de infecção (secreção purulenta, odor fétido, vermelhidão na pele ao redor do umbigo).
- Não cobrir o coto umbilical com faixas.

Não utilizar outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.

Tosse

As crianças comumente apresentam episódios de tosse no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento. A tosse isolada é inespecífica e as possíveis causas da mesma, na maioria das vezes, são diferentes em crianças. Ela é um reflexo fisiológico importante, ajuda a expulsar secreções e partículas aspiradas pelas vias aéreas. Apesar do amplo diagnóstico diferencial para tosse em crianças, são imprescindíveis a identificação da causa e o tratamento adequado.

A tosse aguda geralmente tem um curso menor de duração, em torno de 3 semanas, enquanto que a tosse crônica pode variar em um intervalo de 3 a

12 semanas. Grande parte das crianças que apresenta tosse aguda é decorrente de algum resfriado ou infecção viral, logo costuma ser mais autolimitada.

Várias crianças saudáveis tosse diariamente e por várias vezes durante o ano. A criança com infecção viral aguda pode apresentar coriza e espirros, e estudos mostram que a maioria delas em idade pré-escolar continuam tossindo, mesmo após resolução do quadro. Entretanto, a tosse aguda, também, pode estar ligada à infecção das vias aéreas inferiores, bem como alergias ou aspiração de um corpo estranho. E, quando mais raro, pode ser o sintoma de uma patogênese mais grave como fibrose cística ou imunodeficiência primária.

Assim, devem-se realizar uma anamnese (ver quadro abaixo) e exame físico completo

e detalhado para se ter um diagnóstico real da situação da criança.

A criança deve ser encaminhada com urgência para avaliação pediátrica em casos de sinais de alarme (batimento de asa de nariz, tiragem intercostal,

cianose de extremidade e/ou central, baixa saturação de oxigênio, taquidispneia, estertor ou estridor respiratório, queda do estado geral).

Aspectos importantes na anamnese da criança
Natureza da tosse: Intensidade/gravidade, tempo de duração, variabilidade diurna, produção de escarro, sibilo associado, ocorrência durante o sono, sinal de hemoptise
Idade de início
Relação com alimentação/deglutição (chance de aspiração?)
Contato com tuberculose ou HIV
Sintomas crônicos de nariz e ouvido
Fatores de alívio (bronco dilatadores ou antibióticos)
Exposição a alérgenos (fumaça de cigarro, produto químico)
Imunização
História familiar de distúrbios respiratórios crônicos (asma)
Crescimento e desenvolvimento geral

Fonte: Adaptado de Shields MD et al. Guidelines: recommendations for the assessment and management of cough in children. Thorax 2008.

O tratamento, nesses casos de tosse aguda, é voltado, apenas, para os sintomas. Antipiréticos para febre (conforme necessário), ingestão de líquidos, vestir as crianças adequadas ao clima (elas são mais sensíveis às variações térmicas), evitar lugares com aglomeração de pessoas, evitar contato com poluentes e produtos químicos. Os antibióticos devem ficar restritos aos sinais de pneumonia, e os broncodilatadores não são eficazes para tosse aguda em crianças sem asma. Assim, o uso de ambos deve conter indicações e prescrições médicas.

km

A tosse crônica em crianças, muitas vezes, gera preocupações nos pais e pode também perturbar o sono da família, bem como prejudicar o rendimento escolar da criança durante o dia, a realização de exercícios e até mesmo o lazer. Para alguns profissionais, é mais complexo avaliar crianças com tosse crônica, pois pode haver um diagnóstico incorreto (como asma, por exemplo) e, por isso, tratamento incoerente. O tratamento adequado da tosse crônica em crianças depende de um diagnóstico correto e tratamento coerente. Alguns tratamentos usados para tosse crônica em adultos não são favoráveis em crianças porque as principais causas de tosse crônica em adultos (tosse variante de asma, refluxo gastroesofágico e gotejamento pós-nasal) raramente são relevantes em crianças. Por isso, deve-se ter o cuidado, ao avaliar uma criança com tosse, com o manejo correto, sempre alertando para sinais de alerta e histórico da criança.

Febre em crianças

Orientações de Enfermagem:

Indicar o uso de antitérmico (paracetamol ou dipirona), ver quadro abaixo.

Orientar o risco de administração de antitérmicos em intervalos menor de 6 horas.

Orientar o uso de vestimentas leves.

Orientar retorno imediato a qualquer sinal de perigo ou piora do quadro, conforme fluxograma acima;

Orientar retorno em dois dias, se persistir a febre.

Idade ou peso	Paracetamol gts	Dipirona gts 500mg/ml
	200mg/ml	
	1 gt/ kg/ dose	1 gt/ 2 kg/ dose

2 a 11 meses (6 a 9 kg)	6 a 9	3 a 5
1 a 2 anos (10 a 14 kg)	10 a 14	5 a 7
3 a 4 anos (15 a 19 kg)	15 a 19	8 a 9

Fonte: Protocolo Coren RJ, 2012 (Adaptado).

Dor de ouvido

A dor de ouvido é o sintoma mais frequente de otite média. A otite média aguda é uma infecção aguda localizada no ouvido médio com início rápido de sinais e sintomas. A otite média recorrente é definida quando ocorre por três vezes, em um intervalo de seis meses ou, quando ocorrem quatro eventos, em um período de doze meses.

A otite média tem como fatores de risco: infecção viral ou bacteriana; refluxo gastroesofágico; estação do ano; imaturidade e deficiência imunológica; idade, predisposição familiar, amamentação, sexo e raça; ambiente de creche (especialmente se for superlotado) e fumantes passivos; disfunção da tuba auditiva, fenda palatina e fenda palatina submucosa que fazem parte dos fatores anatômicos; hipertrofia e infecções das adenoides.

A ocorrência de otite média aguda antes dos seis meses de vida oferece maior risco de evoluir para otite média recorrente e secretora. O período de maior probabilidade de surgir o primeiro episódio de otite média aguda é entre 6 meses a 17 meses de vida. Há evidências de que a amamentação diminui os riscos de otite média aguda em virtude de certos mecanismos protetores.

As bactérias mais frequentes na otite média aguda são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*.

O diagnóstico deve estar associado à história (exposição à fumaça de cigarro, posição durante mamada, frequência à creche, início dos sintomas, outros tratamentos instituídos e sua adesão) e ao exame físico (inspeção da cabeça e do pescoço com atenção à fenda palatina e palatina submucosa, desvio de septo e Síndrome de Down).

pa

Diagnóstico Diferencial

Otite Média Aguda

Apresenta dor e febre (febre $> 39,5^{\circ}\text{C}$ se acompanhada de bacteremia), irritabilidade, cefaleia, vômitos, anorexia e diarreia. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta aumento da vascularização, abaulada, opaca, hiperemiada e com otorreia purulenta. Torna-se difícil a visualização de perfuração de membrana timpânica em detrimento do edema e secreção.

Otite Média Secretora

É silenciosa e assintomática, acompanhada de sensação de orelha entupida e diminuição da audição. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta-se retraída e não há sinais de inflamação. Para avaliação auditiva na otite média secretora são realizados exames audiométricos e impedanciometria. Essa otite pode provocar alterações no desenvolvimento cognitivo e na linguagem, dependendo da idade.

Tratamento

Otite Média Aguda: em crianças maiores de dois anos, em casos não complicados, recomenda-se a averiguação clínica sem introdução de antibioticoterapia, com ressalvas para que a criança seja monitorada no período de 48-72 horas, ocorrendo sintomas.

A Amoxicilina é o fármaco de escolha. Ocorrendo falha terapêutica e objetivando atuar sob H. influenza e M. Catarralis resistentes administra-se Amoxicilina-Clavulato.

O Ceftriaxone é utilizado em situações em que não houve êxito na cobertura com a Amoxicilina-Clavulato, persistência nos vômitos ou outras causas que inviabilizem a administração oral.

Complicações da otite média aguda: mastoidite (tumefação atrás da orelha dolorosa ao toque); otite média crônica (otorreia persistente por mais de quatro semanas) e efusão persistente (apresentação de coleção serosa por até três semanas).

Otite Média Recorrente: a análise de aumento de casos de recorrências deve ser avaliada, assim como a dificuldade de tratamento exitoso para a infecção do ouvido médio.

Orientações de enfermagem

Inspeccionar hipertermia e medicar (temperatura $>$ ou $= 37,5^{\circ}\text{C}$).

Orientar a secagem do pavilhão auditivo com algodão ou gaze, conforme necessidade e realizar a substituição desses até quando o pavilhão auditivo estiver seco.

Recomendar o uso de compressa morna e alertar quanto aos cuidados com queimaduras.

Triagens Neonatais

Teste do Pezinho

A coleta de sangue para o teste do pezinho deve ser realizada preferencialmente após 48 horas de vida e até o 5º dia de vida do bebê. As amostras são colhidas nas maternidades e unidades básicas de saúde.

O Brasil encontra-se habilitado por fases de implantação deste programa (Fase I, Fase II, Fase III e Fase IV) e a meta do Governo Federal é que todos os estados habilitem-se na fase IV que corresponde à nova proposta.

Quadro 21. Doenças pesquisadas pelo Programa de Triagem Neonatal

Quadro 21 – Doenças Pesquisadas pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)

Doença	Definição	Principais Consequências	Tratamento
Fenilcetonúria	Erro inato do metabolismo da fenilalanina.	Atraso do desenvolvimento, deficiência intelectual, convulsões e alterações comportamentais.	Dieta com baixo teor de fenilalanina e fórmula especial.
Hipotireoidismo Congênito	Deficiência dos hormônios tireoidianos desde o nascimento.	Comprometimento do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor, podendo causar lesões neurológicas irreversíveis.	Reposição hormonal com levotiroxina .
Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias	Alterações hereditárias da hemoglobina que deformam as hemácias.	Anemia hemolítica, crises dolorosas, infecções, sequestro esplênico e complicações vasculares.	Hidroxiureia, ácido fólico, vacinação, profilaxias, acompanhamento multiprofissional e educação familiar.
Fibrose Cística (Mucoviscidose)	Doença genética que altera o transporte de íons, produzindo secreções espessas.	Infecções respiratórias recorrentes, insuficiência pancreática, desnutrição e atraso do crescimento.	Dieta hipercalórica, enzimas pancreáticas, vitaminas A, D, E e K, fisioterapia respiratória e antibióticos quando indicados.
Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC)	Erro genético na produção de cortisol, geralmente por deficiência da enzima 21-hidroxilase.	Crise adrenal, desidratação, alterações da genitália, distúrbios hormonais e puberdade precoce.	Reposição de glicocorticoides, mineralocorticoides e suplementação de sódio quando indicada.
Deficiência de Biotinidase	Deficiência da enzima responsável pelo aproveitamento da biotina.	Convulsões, atraso do desenvolvimento, perda auditiva, alterações respiratórias e visuais.	Reposição contínua de biotina , iniciada precocemente.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada. — Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha)

A triagem auditiva neonatal é realizada por meio do exame de Emissão Evocada Otoacústica. É um exame simples, rápido e indolor. Coloca-se um pequeno fone na parte externa do ouvido do bebê que permite a produção de um estímulo sonoro e a captação do seu retorno (eco), sendo registrado no computador se as partes internas da orelha (cóclea) estão funcionando. O resultado do exame é emitido na forma de um gráfico. É indicado nos primeiros dias de vida (24-48 horas) e, no máximo, no primeiro mês de vida.

Fatores de risco para a surdez

Histórico familiar

Infecção intrauterina (causas: rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes genital ou toxoplasmose)

Peso inferior a 1500g ao nascer

Internação em unidade de terapia intensiva por mais de 5 dias ou que independente do tempo de internação, se submeteram a condições como: ventilação mecânica, uso de drogas Oto tóxicas como antibióticos aminoglicosídeos - Meningite bacteriana

Hiperbilirrubinemia

Anomalias crânio-faciais (deformações que afetam a orelha e o osso temporal).

Apgar menor que 4 no primeiro minuto de vida e menor que 6 no quinto minuto de vida

Tratamento quimioterápico

Traumatismo craniano

Certas síndromes genéticas (Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras)

Triagem Visual Neonatal- teste do reflexo vermelho ou teste do olhinho

A Triagem Visual Neonatal foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que contempla ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência visual. É um teste rápido, fácil, indolor e não necessita de colírio. O exame é realizado com um oftalmoscópio para facilitar a inspeção ocular. Ao serem atingidos pelo foco de luzes nos olhos, refletirão tons de vermelho, laranja ou amarelo, na presença de retinas saudáveis. Em caso de alteração, o reflexo de luz será esbranquiçado ou não será possível observá-lo.

Ao exame, avalia-se estrabismo, diferenças de grau e patologias como glaucoma, catarata congênita, retinoblastoma, cegueira, traumas de parto e algumas infecções. No caso de prematuros, a avaliação deve ser por mais tempo e sob outros métodos para detectar a retinopatia da prematuridade.

Teste de Oximetria de Pulso - Teste do Coraçãozinho

O teste do Coraçãozinho é recomendado antes da alta hospitalar ou até a primeira semana de vida. Consiste em um exame não invasivo, simples, indolor e rápido realizado com um aparelho chamado oxímetro. Tem o objetivo de identificar manifestação de cardiopatias congênitas.

Para avaliação, encosta-se o sensor do aparelho, na mão direita e em um dos pés do recém-nascido, para efetuar a medida de oxigenação do sangue. O resultado normal indica nível de oxigenação maior ou igual a 95% nas duas extremidades e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e do membro inferior. Se o resultado for menor que 95% ou houver uma diferença maior ou igual a 3% entre as extremidades, o teste deve ser repetido após 1 hora. Persistindo o resultado alterado, a criança deverá ser submetida a uma ecocardiografia dentro das 24 horas seguintes e receber acompanhamento cardiológico.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Adolescência é um fenômeno singular caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social e cultural, sexual e de gênero, ideológico e vocacional. Constitui o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual, social e esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (MALAGUTTI, 2009).

Essa fase se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

A puberdade é um parâmetro universal, ocorre de maneira semelhante em todos os indivíduos e constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e juventude, como o situado entre 15 e 24 anos. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir àquelas com idade entre 10 e 24 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Instituído em 13 de julho de 1990 pela Lei nº 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade e sustenta uma doutrina da proteção integral, prioridade e política de atendimento à criança e ao adolescente. E ainda, reconhece-os como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado.

O ECA preconiza que o adolescente tem direito à saúde, independente de sua condição de vida, gênero, classe social, cor, raça ou religião, valorizando seu crescimento e desenvolvimento. Tais direitos estendem-se aos adolescentes em conflito com a lei que 996

cumprem medidas socioeducativas, privados de liberdade (ECA - Lei 8.069/90; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

No Brasil existem várias legislações com limites de idade diferentes para o exercício de direitos: eleitoral, civil, trânsito, penal. No âmbito dos serviços de saúde, diversas situações envolvendo adolescentes podem gerar dúvidas éticas, legais e receios para profissionais de saúde de se prestar atendimento sem um responsável legal por se tratar de adolescentes.

Princípios e diretrizes do atendimento a adolescentes e jovens

A história mostra que, até há pouco tempo, havia uma lacuna em relação à legislação, direitos e deveres dos adolescentes brasileiros. O mesmo acontecia na área da saúde, pois não havia profissionais destinados ao atendimento específico aos adolescentes. A população de jovens vem crescendo vertiginosamente no Brasil. A estimativa preliminar da população de adolescentes no Brasil, na faixa etária entre 10 e 19 anos é de 34.157.631, sendo 17.284.281, do sexo masculino e 16.873.350, do sexo feminino, correspondendo a 18% da população brasileira (IBGE, 2011).

O Ministério da Saúde, com intuito de dar uma maior visibilidade ao público adolescente e subsidiar os serviços de saúde na atenção integral à saúde dessa população, apresentou a Caderneta de Saúde do (a) adolescente que é um instrumento de apoio aos profissionais para o atendimento ao adolescente visando à autodescoberta e ao autocuidado com foco nos aspectos biológicos, sociais e comportamentais, sobretudo com o conhecimento do seu corpo e as mudanças inerentes dessa importante fase da vida. A caderneta de saúde contempla informações e espaço para registros dos dados pessoais, direitos e deveres, dicas de saúde, alimentação saudável, estatura, desenvolvimento puberal, saúde bucal, higiene corporal, imunização, direitos sexuais e reprodutivos e projeto de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, por parceria entre o Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do

desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado, positivamente, a qualidade de vida dos educandos, principalmente, o que se refere à Saúde Ocular, Saúde Sexual e Reprodutiva, Alimentação Saudável, Saúde Mental, Direitos Humanos e Cultura de Paz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

O acesso ao serviço de saúde é muito importante, mas, em se tratando de população adolescente e jovem, alguns aspectos devem ser considerados para melhor organização da atenção à saúde como suas necessidades e características específicas e o favorecimento do protagonismo juvenil. Os princípios da ética, privacidade, confidencialidade e sigilo são fundamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

São princípios fundamentais na atenção ao adolescente:

Ética — a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.

Privacidade — adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem. •
Confidencialidade e sigilo — adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a

exemplo de situações como abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a,b).

O enfermeiro deve estar qualificado para o acolhimento e classificação de risco na atenção integral do adolescente, nas unidades de saúde, em todas as suas complexidades e especificidades.

Nesse sentido, o grupo técnico composto por enfermeiras de instituições de saúde e educação superior organizou este protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente destinado aos enfermeiros.

Foram elencados neste protocolo temas correspondentes à saúde do adolescente que, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, viabilizarão o trabalho desses profissionais para um atendimento organizado e sistematizado podendo instrumentalizá-los no manejo com o adolescente.

Foram trabalhados os seguintes temas: Crescimento e desenvolvimento; Nutrição; Sexualidade e saúde reprodutiva; Saúde bucal; Saúde mental; Atendimento a situações de violência e Atenção quanto ao uso de álcool e outras drogas.

Crescimento e desenvolvimento

O crescimento e desenvolvimento humano acontecem em três diferentes fases – lactância, infância propriamente dita e puberdade. Durante todas essas fases, ocorrem o crescimento e a maturação. (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010).

A puberdade, período curto de dois a quatro anos, compõe a adolescência, período entre a infância e a idade adulta e é responsável por intensas modificações do corpo ora infantil para o corpo adulto. É nessa fase da vida que se inicia a capacidade reprodutiva e ocorrerá o fim do crescimento estatural. (COUTINHO, BARROS, 2001).

O crescimento estatural está relacionado à maior secreção dos esteroides sexuais e do hormônio de crescimento (GH), que tem como principal fenômeno o aumento da estatura, influenciado diretamente pelas ações hormonais (glucagon, testosterona, dopamina, alfo-



adrenérgicos, serotonina); fatores externos como a alimentação, atividade física e fatores psicossociais. Deve-se observar, também, a presença de ginecomastia puberal (aumento do tecido mamário no sexo masculino), podendo regredir de forma espontânea.

A velocidade de crescimento varia para os sexos, sendo de 10-12 cm/ano para o sexo masculino e 8-10 cm/ano para o sexo feminino e, 2 a 3 kg/ano no peso. (SAITO, SILVA, 2001).

As informações pertinentes ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devem ser registradas na caderneta de saúde do/da adolescente que contempla também a Prancha de Tanner (TANNER, 1962), definida pelo Ministério da Saúde, que permite, portanto, a identificação do estágio de maturação sexual e sua correlação com outros eventos da puberdade, assim como dados antropométricos (peso, altura e IMC).

Na consulta de enfermagem, deve-se fazer a avaliação clínica clássica (anamnese e exame físico) considerando sempre a demanda e aspecto geral do adolescente e as alterações ou fatores de risco para distúrbios do crescimento e desenvolvimento, sejam eles ambientais, sociais, genéticos e físicos. (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010).

Na anamnese, o enfermeiro deve fazer perguntas variadas sobre menarca/espermarca, atividade sexual, uso de drogas, situação vacinal, dentre outras. Após o exame clínico, serão levantadas as hipóteses diagnósticas e se necessário, solicitar exames. Os exames são hemograma completo, EAS, parasitológico de fezes. O enfermeiro deve esclarecer sobre as condutas, fazer orientações gerais e realizar os encaminhamentos necessários para as diversas especialidades.

Embora alterações no período da adolescência não sejam esperadas, podem ocorrer a identificação de alterações do crescimento e desenvolvimento do adolescente, e alterações gonadais, provocada por alterações hormonais, de alimentação, baixas condições socioeconômicas ou até mesmo a identificação de síndromes genéticas. (COUTINHO, BARROS, 2001).

No atendimento ao adolescente, o enfermeiro deve exercer a sensibilidade de escuta, estar atento às queixas e dúvidas e proceder a consulta de forma segura. O enfermeiro deve registrar todos os dados referentes ao crescimento e desenvolvimento.

Atendimento ao adolescente em situação de violência

Um número expressivo de casos de violências por causas externas ocorre na faixa etária entre 5 a 19 anos. Mesmo nas situações não fatais, as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais deixam sequelas para toda a vida. Dentre as situações de violência contra adolescentes, as mais comuns são violências físicas, psicológicas, negligência, abuso sexual (com ou sem contato físico), violência intrafamiliar, violência doméstica, trabalho infantil e bullying. (TOMAZINE, OLIVEIRA, VIEIRA, 2009).

Quando em contato com um caso suspeito de violência contra adolescentes, o enfermeiro deve observar a história compatível com as lesões existentes, relatos discordantes e saber identificar sinais comportamentais de quem está em situação de violência como: isolamento social, carência afetiva, baixa autoestima, regressão a comportamentos infantis, submissão, apatia,

dificuldades e problemas escolares, tendência suicida, culpa e autoflagelação além do uso e abuso de substâncias como álcool e outras drogas.

A identificação do abuso sexual pode ser realizada mediante o relato da vítima ou um dos responsáveis. É importante que seja constatada ou não a existência de lesões genitais ou anais que poderá resultar em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e/ou gravidez. A violência sexual ocorre, na maioria das situações, dentro do próprio domicílio, por familiares próximos, principalmente, contra as meninas.

No caso de negligência, os sinais que devem ser observados são, aspecto de má higiene; roupas não adequadas ao clima local, desnutrição, tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não atendimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes), distúrbios de crescimento e desenvolvimento, frequência irregular à escola e escolaridade inadequada à idade. (UNICEF, 2011).

Na identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra adolescentes, o enfermeiro deve acolher com escuta afetiva, atendimento humanizado integral, contínuo e singular, atuando com a equipe multidisciplinar e interinstitucional, realizando encaminhamento para exames de gravidez, prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids e Hepatites e inseri-los na Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência, integrada por: Conselho tutelar, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), IML (Instituto de Medicina Legal), Delegacias, Juizado da infância e juventude, CEVAM (Centro de Valorização da Mulher), NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) e outros. Para que seja realizada a linha de cuidado, no sentido desse (a) adolescente ser acompanhado(a) na integralidade de acordo com a sua necessidade para que não venha ocorrer a vitimização e ele (a) possa se sentir seguro(a). A Ficha de Notificação Compulsória de Violências deve ser preenchida e encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal. A Lei Nº 12845/13 dispõe sobre a



obrigatoriedade do atendimento integral a pessoas em situação de violência sexual em todas as Unidades de Saúde. O enfermeiro deve registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS).

Álcool e outras drogas

A utilização de drogas constitui um fenômeno historicamente antigo na evolução humana e representa um grave problema de saúde pública que resulta em várias consequências pessoais e sociais, trazendo transtornos a toda sociedade (YRBS, 2013). Em todo o mundo, cerca de 200 milhões de pessoas - quase 5% da população entre 15 e 64 anos usam drogas, pelo menos, uma vez por ano e 75% dos países enfrentam problemas com o consumo das drogas. (UNODOC, 2010).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas tem sido observado especialmente na fase da adolescência e juventude e considerado uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidades e que, aliado à problemática do tráfico, coloca o Brasil e outros países em situação de alerta, pois é considerada uma séria ameaça à estabilidade social. (GALDURÓZ, et al. 2004; UNODOC, 2010).

No Brasil, o consumo de drogas entre adolescentes se inicia, geralmente, entre 9 e 14 anos. Em torno de 51,2% dos adolescentes, na faixa etária entre 10 a 12, têm iniciado com bebidas alcoólicas; 11% usaram tabaco; 7,8%, solventes; 2%, ansiolíticos e 1,8%, anfetaminas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; STRAUCH, et al. 2009).

A adolescência é uma fase em que o jovem vivencia descobertas significativas e afirma a personalidade e a individualidade. Nessa fase, o conceito de interação grupal é perceptível, e o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifica em que terá a capacidade de influenciar suas ações e fará com que adote atitudes as quais serão a prova de sua aceitação na “tribo”(MONTEIRO, et al. 2012).

É nessa fase que os pais “perdem” seu poder de controle sobre os filhos, o grupo de

amigos atinge importância social principal e os conflitos familiares atingem o pico, ficando o adolescente exposto a situações de vulnerabilidades. (AAP, 2001; FERREIRA, TORGAL, 2010).

A necessidade de acompanhamento tanto por parte da família e equipe multiprofissional aos adolescentes usuários de drogas é de fundamental importância. O enfermeiro deve orientar os pais e/ou responsáveis para se atentar aos principais sinais de alerta, como mudanças de comportamento, isolamento, irritabilidade ou sinais de depressão, desleixo com a aparência, desorientação temporal e espacial, dissociações cognitivas e emocionais, desaparecimento de objetos e falta ou excesso de dinheiro.

A equipe multidisciplinar deve trabalhar de maneira articulada com outros serviços de saúde para atender à demanda de usuários de álcool e de outras drogas.

Dentre esses serviços destacam-se os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) que objetivam reintegrar o indivíduo à sociedade, reduzindo os danos e os riscos causados pelo uso das drogas.

O profissional enfermeiro deve atuar, de maneira interdisciplinar e intersetorial, sensibilizando os adolescentes e orientando as famílias para as causas e consequências do problema, num entendimento biopsicossocial para prevenção, enfrentamento, assistência e encaminhamento dos casos. O enfermeiro deve registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS)

É na adolescência que são formados o perfil ou padrão dos hábitos alimentares que normalmente se propagam pela vida adulta e influenciam a saúde dos indivíduos e, quando inadequados, causam distúrbios ou transtornos (WILLET, 2008).

Transtornos alimentares constituem, portanto, um conjunto de doenças capazes de afetar o desenvolvimento biológico, psicológico e social. Com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares, podem elevar

as taxas de morbimortalidade, afetando a qualidade e expectativa de vida (CORDAS, 2004; WHO, 2004; CIMADON, GEREMIA, PELLANDA, 2010; WILLET, 2008).

Como principais transtornos destacam-se a obesidade, anorexia, bulimia nervosa e compulsão alimentar sem purgação e desnutrição.

São encontrados outros transtornos como perda do apetite, hiperfagia de origem psicogênica e vômitos associados a distúrbios psicológicos, podendo influenciar sobremaneira nas mudanças de hábitos alimentares, como a substituição de alimentos tradicionais ricos em vitaminas e nutrientes por alimentos de baixo conteúdo nutricional e alto valor energético e, também, na busca em se enquadrar nos padrões de beleza atuais.(NUNES, VASCONCELOS, 2010; SALVATTI, 2011; São Paulo, 2006).

Considerando que, atualmente, a obesidade e o sobrepeso constituem um problema de saúde pública mundial que tem início marcante na fase da adolescência.

A partir da “Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil”, observou-se que a curva de crescimento de adolescentes é inferior ao padrão internacional que há uma tendência significativa de redução das taxas de desnutrição em adolescentes e um aumento considerável do sobrepeso e da obesidade para ambos os sexos. Na região Centro-Oeste, a principal problemática foi o excesso de peso, atingindo aproximadamente 20% da população estudada, tendência, também, observada nas regiões Sudeste e Sul.

É imprescindível a atenção especial dos profissionais da saúde e da enfermagem na identificação dos principais transtornos alimentares na fase da adolescência, reconhecendo-os como um grave problema de saúde pública. O enfermeiro tem função primordial no acompanhamento e diagnóstico de padrões alimentares desregulados e deve, em suas avaliações, sejam individuais, sejam familiares, observar esses comportamentos, fazer orientações, identificar distúrbios e solicitar acompanhamento da equipe multidisciplinar, como nutricionista e psicólogo, além de intervenções junto à família para reeducação alimentar.

O monitoramento nutricional é realizado pelo cálculo direto do IMC/idade, por meio da fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} \div \text{altura}^2 \text{ (m)}$. O enfermeiro deve registrar todos os dados referentes à situação nutricional, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS).

Saúde bucal

Problemas bucais podem influenciar na saúde geral, causando dor, infecção, halitose, dificuldade em falar ou mastigar, ocasionando constrangimentos interferindo nos estudos, no trabalho e na vida social dos adolescentes (BARROS, 2007).

A manutenção da saúde bucal dos adolescentes tem grande importância nesse período, pois acontece a erupção da maioria dos elementos dentais permanentes, de maior risco à cárie e às doenças periodontais.

Os lábios, bochechas, língua, glândulas salivares, dentes e gengiva fazem parte do órgão denominado boca. Além de ser importante para a alimentação, está associada fundamentalmente ao processo de socialização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nessa fase, os adolescentes já devem ser responsáveis pelo seu autocuidado, embora seja tarefa também dos profissionais de saúde orientar quanto à promoção e manutenção da saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Enfatizando sobre a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde, contribuindo para sua autonomia.

Alguns comportamentos, também, podem influenciar na saúde bucal, como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas as quais podem causar mau hálito, câncer bucal, manchas nos dentes ou doença periodontal. O hábito de usar piercing na boca, comum na adolescência, pode ocasionar complicações como infecções, edema da língua, sangramento incontrolável e dificuldade em mastigar, falar ou engolir (SCHNEID, 2007).

A caderneta de saúde do adolescente contempla informações para promoção da saúde bucal, incluindo a escovação com pasta fluoretada, o uso do fio dental, a alimentação

balanceada e nas horas certas e as consultas periódicas ao odontólogo, além do odontograma(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Saúde mental

O Ministério da Saúde apresenta dados de que cerca de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dentre os problemas mais prevalentes, destacam-se os de natureza comportamental (autismo, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, espectro autista), transtornos do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, anorexia, bulimia, transtornos pelo uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (FEITOSA et al, 2011; MENEZES, MELO, 2010).

A Portaria GM/1.608 de 2004 estabelece as principais diretrizes que devem orientar os serviços de saúde mental ofertados a essas populações, dentre elas: o acolhimento humanizado e baseado na responsabilização pelo cuidado, devendo os serviços agenciar o cuidado, bem como estabelecer uma rede ampliada de atenção, escutando e comprometendo os responsáveis pelo adolescente a ser cuidado no processo de atenção.

É princípio fundamental que toda e qualquer ação voltada para saúde mental de crianças e adolescentes esteja pautada na intersetorialidade como educação, saúde, ação social, cultura, esportes, cidadania, direitos humanos e justiça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental estabelece que o atendimento ao adolescente que sofre psiquicamente deve ser realizado preferencialmente nos dispositivos de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). No entanto, muitas vezes o diagnóstico inicial do adolescente portador de um agravo mental será realizado na atenção básica, sendo que os profissionais desses serviços devem ser capazes de avaliar o adolescente de forma coerente. Quando encontradas alterações importantes, o profissional

deve avaliar e discutir com a equipe de referência em Saúde Mental um plano terapêutico com a corresponsabilidade das instâncias sociais que envolvem aquele cenário, e se necessário, a necessidade de um encaminhamento ao atendimento ambulatorial.

Os profissionais devem avaliar o adolescente na integralidade. Adolescente: sintomas (qualidade, duração, etc.), fatores do desenvolvimento, alimentação, sono, atividades de lazer, escola, histórico clínico, desenvolvimento físico motor, visão, audição, cognitivo, linguagem, aspectos psicológicos. A família: histórico; dinâmica de funcionamento, qualidade das relações interpessoais, recursos pessoais no cuidado, situação socioeconômica, condições de moradia, organização para desempenhar as funções de cuidado, como compreende a escola e seu papel. O território (escola): manter contato com o professor e coordenador pedagógico para identificar como a escola compreende o adolescente e quais os recursos presentes ali para atender a ele. Fatores de risco: violência doméstica, tentativa de suicídio, instabilidade/escassez de vínculos afetivos significativos, histórico de abuso de substâncias psicoativas, história familiar (CUNHA, 2011). O enfermeiro ao realizar atendimento, deve registrar os dados.

Sexualidade e saúde reprodutiva

A sexualidade é um fenômeno intrínseco do desenvolvimento humano, constituída de elementos fisiológicos, históricos, culturais, religiosos, políticos e principalmente familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Pode ser expressa pelo afeto, prazer, emoção, influenciando a vida de todos, é percebida desde o período fetal e se intensifica na puberdade, com o desenvolvimento gonadal, com a capacidade reprodutiva e com o prazer (HOFFMANN, ZAMPIERI, 2009).

Sendo uma das dimensões mais importantes e de relevância para a conformação do indivíduo, a sexualidade não pode ser, apenas, confundida com o ato sexual e prazer, deve ser reconhecida como um fenômeno amplo, abrangente que se manifesta em todas as fases

da vida humana

O adolescente busca prazer nas relações e o sexo é uma forma de expressão, bem-estar e talvez uma das primeiras manifestações de inserção no universo adulto.

Na adolescência, a intensificação da sexualidade é esperada, e as várias condições de vulnerabilidade como o sexo desprotegido, associado ou não ao uso de drogas têm levado à contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), especialmente, a Aids aliada a questão do início da atividade sexual precoce sem conhecimentos quanto à proteção/prevenção e contracepção, fenômeno ainda bastante comum, nessa fase da vida, que resulta numa gravidez precoce não planejada, pois, de acordo com Ministério da Saúde, 19% dos partos ocorridos são de adolescentes.

Estima-se que existam cinco milhões de adolescentes e jovens infectados pelo HIV no mundo representando, aproximadamente 15%, de todos os casos notificados (UNICEF, 2011), o que demonstra a tendência de juvenilização da epidemia, acomete pessoas de baixa renda e na faixa etária de 13 a 19 anos. Além do HIV/Aids, a Organização Mundial de Saúde estima que há mais de 340 milhões de casos novos de DST curáveis entre indivíduos com 15 a 49 anos em todo o mundo. No Brasil, as DST estão entre as 5 mais frequentes causas de procura dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Portanto, é relevante explorar a temática sexualidade com o público adolescente. Nesse sentido, o enfermeiro deve trabalhar a educação sexual de qualidade o mais cedo possível, em parceria com os profissionais da área da educação no PSE (Programa Saúde na Escola), sobretudo com a participação da família viabilizando o início da vida sexual de forma segura, saudável e prazerosa, assim, é fundamental que essas instituições adotem posturas acolhedoras e respeitosas no atendimento ao adolescente.

O principal enfoque do profissional enfermeiro com o público adolescente é a prevenção e a orientação. Será durante a consulta de enfermagem que situações de vulnerabilidades que podem acometer a saúde sexual e reprodutiva e possibilitarão traçar um



plano de cuidado conjuntamente. É importante que o enfermeiro oriente os adolescentes na busca por informações e disponibilize os métodos de barreira como o preservativo masculino.

Para o atendimento e manejo clínico sindrômico das DST, o enfermeiro deve se basear/consultar o manual de controle das DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS).

Acolhimento

- Interrogar o acompanhante do adolescente se tem a caderneta do adolescente.
- Providenciar junto à SES a caderneta e preenchê-la.
- Preencher o prontuário ou formulário próprio da UBS com os dados pessoais e endereço do adolescente.
- Consulta do Enfermeiro. Ver Protocolo OPAS.

Atuação do Enfermeiro em Educação Saúde no âmbito da atenção primária em Saúde e Programa Saúde na Escola

Desenvolver junto à unidade e Agente Comunitário de Saúde a captação precoce da população de adolescente.

Registrar as interpretações das informações obtidas do adolescente.

Fazer a busca de fatores de eventuais deficiências encontradas no atendimento.

Garantir a manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los.

Organizar todas as informações contidas no formulário da Unidade Básicas de Saúde e protocolo OPAS para o referido acompanhamento do adolescente.

Estabelecer um conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente, junto à equipe multidisciplinar, assim, toda ação educativa deve persistir em objetivos, com

conhecimentos sobre as condições de saúde do adolescente.

Essas atividades são:

Atendimento ao adolescente quanto a crescimento e desenvolvimento

Situação de violência

Álcool e outras drogas

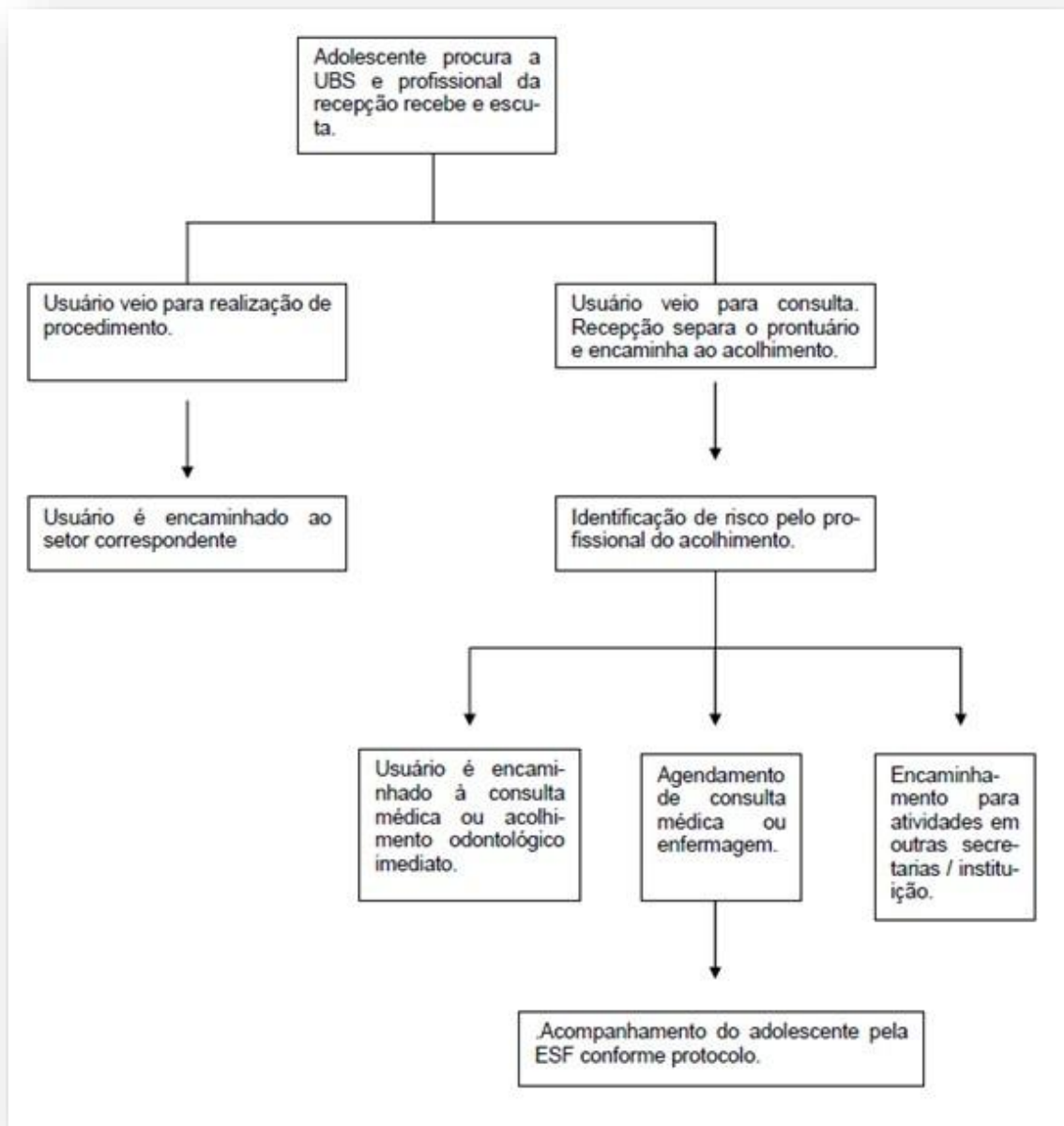
Nutrição

Saúde bucal

Saúde mental

Sexualidade e saúde reprodutiva

Fluxograma De Atendimento Ao Adolescente



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Nos últimos anos, observa-se um aumento da população idosa nos municípios goianos e, também, nos demais municípios brasileiros. Paralelo a isso, ocorre um processo de transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis que podem contribuir para o comprometimento da saúde dos idosos, alterando sua capacidade para autocuidado, independência e autonomia. Tais demandas de cuidado requerem que uma série de serviços intersetoriais estejam integrados para dar suporte a todas as necessidades das pessoas idosas.

A Rede de Atenção à Saúde do Idoso, assim como as demais, organizam-se em atenção básica, secundária e terciária, fazendo transversalidade com outros serviços como atenção farmacêutica, apoio e diagnóstico, saúde bucal, urgência e emergência. A equipe de enfermagem está inserida nos vários pontos de atenção da Rede e precisa ser orientada e capacitada para que a atenção ao idoso ocorra de forma ampla, e identifique suas necessidades. Essa discussão é importante porque, embora tenha-se uma população envelhecida, a sociedade e nela incluídos os profissionais de saúde não foram devidamente preparados para identificar problemas inerentes ao processo de envelhecimento, muitos deles podendo estar mascarados por outros problemas de saúde.

Sendo assim, este protocolo tem como objetivo facilitar a atenção prestada ao idoso, bem como ao cuidador de idosos durante a consulta de enfermagem e às demais intervenções terapêuticas a idosos na comunidade, especialmente em serviços de atenção primária, nível de atenção que ordena a demanda de cuidados na Rede. A atuação do enfermeiro na atenção à saúde da pessoa idosa visa promover, prevenir e recuperar a saúde. O Ministério da Saúde propõe um conjunto de ações que é direcionado à saúde do idoso e é competência do enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Realizar consulta de enfermagem, incluindo avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos

demais profissionais da equipe.

- Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Consulta de enfermagem à pessoa idosa

A consulta de enfermagem é uma das competências do enfermeiro na atenção básica. A avaliação de pessoas idosas envolve aspectos complexos e variados e, por isso, recomenda-se que seja realizada de forma multidimensional, ou seja, contemplando várias dimensões de suas vidas. Na área de geriatria e gerontologia, tradicionalmente, as principais síndromes geriátricas foram estruturadas na regra mnemônica dos “Is”, denominados gigantes da geriatria. Há várias versões dos “Is” e a literatura brasileira adota a versão mais utilizada mundialmente, ou seja, os quatro “Is” originais acrescido do quinto “I” — Iatrogenia. Assim, os cinco “Is” habitualmente utilizados no Brasil são: Intelecto (demência, depressão e “Delirium”), Instabilidade e quedas, Imobilidade, Incontinência e Iatrogenia. Os “Is” auxiliam na sistematização da avaliação clínica do idoso, visto que abrangem situações comuns e relevantes nessa faixa etária. São utilizados, basicamente na prevenção e/ou detecção precoce dessas situações que apresentam alto potencial de impacto na qualidade de vida dessas pessoas.

A consulta de enfermagem ao idoso consistirá, portanto, na avaliação das grandes síndromes geriátricas e também de outros fatores importantes e específicos em cada uma delas. Como existem diversos problemas que acometem as pessoas idosas, este protocolo foi estruturado considerando as grandes síndromes geriátricas. Vale ressaltar que outros problemas de saúde no idoso não estão relacionados nos 5 “Is”, mas também têm grande importância na área de saúde do idoso: incapacidade funcional, fragilidade.

Em termos específicos, o propósito da avaliação da pessoa idosa é identificar os aspectos positivos e as limitações, de modo que possam ser realizadas intervenções efetivas e apropriadas, visando promover o funcionamento mais satisfatório e prevenir a incapacitação e a dependência. Independentemente da estrutura ou do instrumento utilizado, o profissional de enfermagem deve coletar os dados enquanto observa os seguintes princípios fundamentais:

- (1) utilização de uma abordagem individual centrada na pessoa;
- (2) consideração do cliente como participante no controle e tratamento da saúde e
- (3) ênfase na capacidade funcional do cliente.

Incapacidade cognitiva

No envelhecimento, podem ocorrer alterações normais e patológicas em diferentes funções cognitivas. A avaliação cognitiva deve integrar a avaliação clínica da pessoa idosa, pois auxilia na identificação das principais alterações da saúde mental, além de ser essencial para o diagnóstico, tratamento e a reabilitação do declínio cognitivo (Ribeiro, ANO).

O funcionamento cognitivo pode ser avaliado por meio de funções como a memória, a atenção, a linguagem, a praxia, as funções executivas e demais habilidades associadas ao desempenho cognitivo, como a concentração, a compreensão, o raciocínio, a aprendizagem e a inteligência(Ribeiro, ANO). Dentre as funções citadas, a perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução da função cognitiva. A perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O desempenho físico e social, bem como a funcionalidade da pessoa idosa dependem da integridade de suas funções cognitivas.

Alguns sinais de alerta importantes que indicam necessidade de avaliação são: perda de memória, dificuldade na execução de tarefas familiares, desorientação no tempo e especialmente no espaço, mudanças no humor e comportamento diferente do habitual sem motivo aparente. Doenças, sinais e sintomas como a depressão, o Delirium e os diferentes tipos de demência podem causar perdas cognitivas permanentes ou temporárias.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (anexo) é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação. O Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas (anexo) pode ser utilizado como complementação dessa avaliação e, também, outros disponíveis e validados (MS). Ressalta-se que a maioria dos testes poderá sofrer influência significativa em seu resultado em função da escolaridade da pessoa idosa. O desconhecimento do nível anterior de eficiência cognitiva também poderá interferir nos resultados.

Caso, ao final dos testes, o enfermeiro identifique suspeita de declínio cognitivo, deverá realizar as orientações de enfermagem e encaminhar a pessoa idosa para atendimento médico para que sejam definidos o diagnóstico e continuidade do tratamento. O planejamento e a execução das medidas terapêuticas e de reabilitação cognitivas necessárias à melhor qualidade de vida dos idosos deverão ser adotadas em conjunto pela equipe interdisciplinar.

É importante destacar que ao enfermeiro cabe investigar a possível perda cognitiva,

encaminhar de forma responsável a pessoa idosa para o diagnóstico correto e buscar garantir que ela tenha seu tratamento adequado, dentro da sua área de competência e contando com a estrutura da rede de saúde na qual atua. Ressaltamos que o diagnóstico precoce é um importante aliado no tratamento e especialmente na possível reabilitação cognitiva.

Instabilidade postural e quedas

Queda pode ser conceituada como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda, quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da cama/maca ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira), incluindo vaso sanitário (MS, 2013).

A Instabilidade postural e as quedas são importantes marcadores de diminuição de capacidade funcional e fragilidade. As quedas e suas consequências se fazem presentes em todas as épocas da vida, porém os idosos apresentam maior risco de complicações. As principais complicações são lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.

O idoso cai devido a causas intrínsecas e extrínsecas, e as principais causas estão descritas no quadro abaixo:

Intrínsecas (alterações orgânicas)		Extrínsecas (ambientais)
Osteoporose/Artrose	Sarcopenia	Pouca iluminação Tapetes soltos
Hipotensão postural		Piso escorregadio (encerado, molhado)
Episódios de tontura e vertigens		Fios não embutidos
Propriocepção/sistema vestibular		Desnível das calçadas públicas Passagens
Miopatias		obstruídas por objetos Escadas não
Ataque isquêmico transitório Arritmias		ergonômicas (ausência de corrimão e faixa
Oclusão das artérias vertebrais Epilepsia		de segurança, desnível de degraus, e etc.
Doença de Parkinson Neuropatias		Falta de barras de apoio
Periféricas		Uso de Fármacos
Hidrocefalia de pressão normal		
Demências		
Problemas de visão		

O enfermeiro deve questionar, em todas as consultas, a ocorrência e frequência de

quedas. Destaca-se que a visita domiciliária é, também, uma importante ação para identificação do risco, pois durante a visita o enfermeiro pode observar se o ambiente em que a pessoa idosa vive está propício para o risco de quedas, avaliando as causas intrínsecas, extrínsecas, alterações na mobilidade, local e as condutas adotadas pelo paciente após a queda.

Ações para prevenção de quedas Medidas para causas intrínsecas

- Acompanhar e orientar a adesão ao tratamento das doenças relacionadas ao risco de quedas.

Medidas para causas extrínsecas

- Orientar a utilização de dispositivos de auxílio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.
- Orientar sobre a acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se a necessidade do uso de escadas e banquinhos.
- Orientar a reorganização do ambiente interno à residência;
- Sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma e corrimãos bilaterais para apoio;
- Orientar quanto à iluminação adequada do ambiente interno e externo da residência;
- Orientar a utilização de tapetes antiderrapantes e sugerir medidas alternativas, como: aplicação de cola que confira o efeito impermeabilizante/antiderrapante.
- Orientar a retirada de tapetes principalmente no início e final da escada.
- Orientar a colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros e evitar o uso de banheiras.
- Orientar o banho sentado quando da instabilidade postural.
- Orientar a deixar a porta do banheiro destrancada.
- Na ocorrência de quedas, não esquecer de registrar no prontuário: o local da queda, horário e data, o que fazia no momento da queda, medicamento em uso, local afetado, consequências e o encaminhamento.
- Orientar a prática de exercícios físicos regulares para a manutenção da massa e força muscular, preferencialmente sob a orientação do profissional.
- Orientar o uso de calçados adequados.

- Orientar quanto ao risco de tropeçar/esbarrar em animais domésticos.

Incontinência urinária

A incontinência urinária pode ser definida como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Não se trata de uma doença, mas um sintoma. Ela se deve, com frequência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças, uso de medicamentos ou pode representar o início de uma doença.

Os efeitos psicológicos da incontinência urinária podem levar a pessoa idosa a isolar-se socialmente, a sentir-se constrangida e até a um quadro de depressão. Pode, também, ocasionar erupções cutâneas na região do períneo, úlceras de decúbito e fraturas consequentes das quedas por acidente. Erroneamente, a incontinência urinária é considerada uma consequência normal do envelhecimento, mas, em muitos casos, ela é reversível. Por isso, é importante identificar as causas e instituir alguma modalidade de tratamento.

São várias as causas da incontinência urinária e elas variam de acordo com o gênero, as mais frequentes são:

- Instabilidade do músculo detrusor (camada muscular da bexiga)
- Fraqueza do assoalho pélvico
- Hiperplasia prostática benigna
- Infecção urinária
- Impactação fecal;
- Neuropatia diabética
- Doença neurogênica adquirida
- Cistocele
- Retocele
- Prolapso Uterino
- Sequelas pós-operatórias (lesão de esfíncter)
- Alterações cognitivas

A incontinência urinária pode restringir a independência da pessoa idosa, assim como comprometer sua aceitação social e convívio familiar. Por isso, na assistência ao incontinente é fundamental a cooperação do mesmo e o envolvimento dos familiares nas medidas a serem implementadas:

- Manter uma rotina de atividades para pessoa idosa, como caminhadas, exercícios leves, contatos sociais com outras pessoas e programas de terapia ocupacional, evitando assim deixá-lo confinado em casa.
- Estimular a higiene corporal e manter adequadamente vestida e não em trajes de dormir, pois assim ela melhora a autoestima e se sente estimulada a manter a continência urinária.
- Dar oportunidades frequentes para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando-a ao banheiro ou colocando-a à sua disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina como comadres e papagaios. Facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro, eliminando escadas, mobílias em excesso no trajeto, retirando tapetes, colocando barras e corrimãos e melhorando a iluminação, para, assim, diminuir o tempo para chegar até lá e diminuir o risco de quedas. Dependendo da condição da pessoa idosa, pode-se propor a elevação da altura do vaso sanitário.

Imobilidade

As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude de movimentos, tendendo modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende adiantar-se, em busca de maior equilíbrio. A Escala de Tinetti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento dessa avaliação (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010).

A imobilidade seria a complicação da perda de capacidade funcional, geralmente decorrente de doença crônico-degenerativa, de doença aguda incapacitante ou de inatividade por si só. As consequências, físicas e psíquicas, da imobilidade geram perda de independência e autonomia, reduzindo o bem-estar e a qualidade de vida.

Incapacidade funcional

A capacidade funcional é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, constituindo-se como um paradigma e um dos principais marcadores de saúde da pessoa idosa. Trata da interação entre capacidades físicas e psicocognitivas para a realização de

atividades do cotidiano e as condições de saúde, mediadas pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo do curso da vida (PERRACINI; FLÓ, 2011). Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de identificar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma.

No entendimento da capacidade funcional, alguns conceitos que estão interligados merecem destaque:

- Autonomia: liberdade para agir e tomar decisões.
- Independência: capaz de realizar atividades sem ajuda, sem supervisão de outra pessoa.
- Dependência: precisa da ajuda de outra pessoa para realizar as atividades cotidianas.

Em geral, estudos indicam que primeiramente ocorre a perda da autonomia e, posteriormente, a perda da independência funcional, ou seja, quando vai se perdendo a autonomia, simultaneamente se perde a capacidade de execução das atividades cotidianas. Alguns fatores contribuem para redução da capacidade funcional, tais como: ter mais que 80 anos de idade, autoavaliação negativa da saúde, histórico de internação no último ano, alterações cognitivas, déficit visual, idosos com multimorbidades, isolamento social, baixa escolaridade, baixa qualidade de vida. Dentre as consequências do processo incapacitante, destacam-se a hospitalização e a institucionalização que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas.

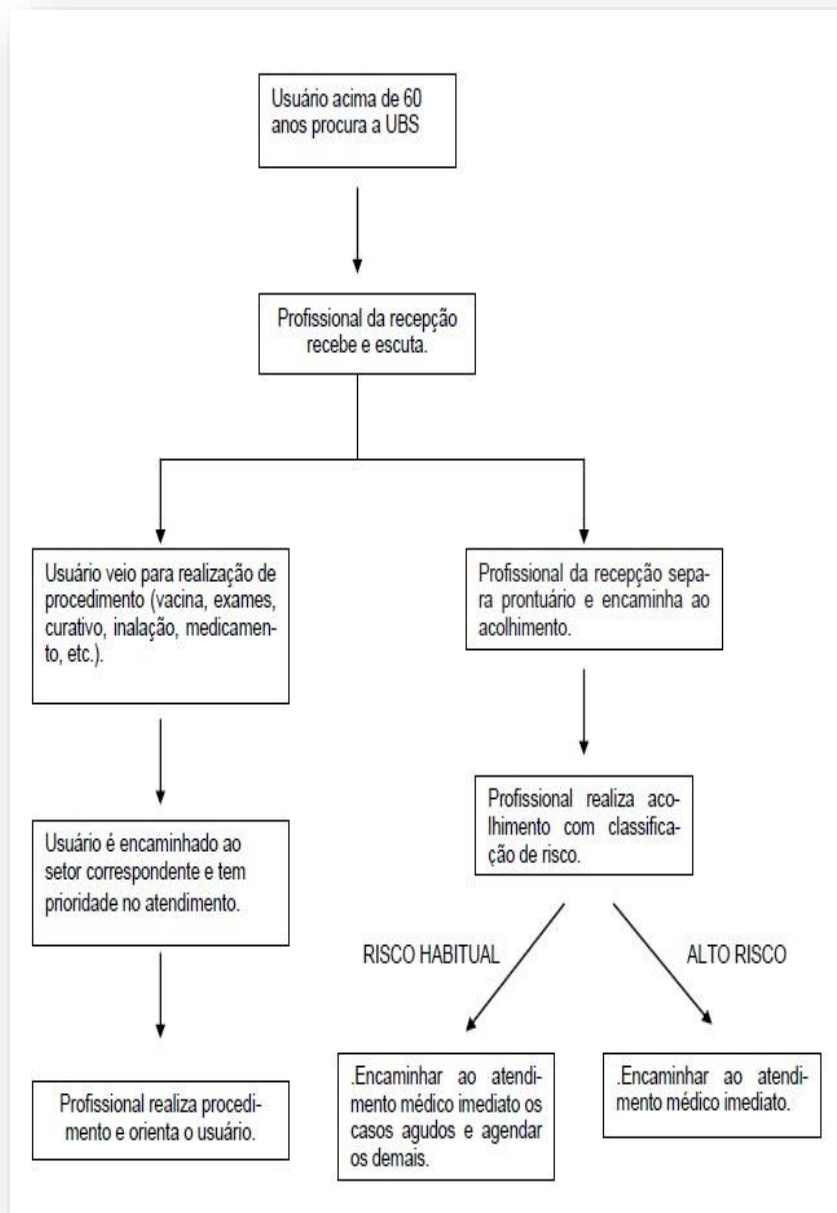
Sendo assim, muitos idosos podem ter manutenção de sua autonomia, embora sejam dependentes para atividades de autocuidado. Devido à relação entre autonomia e independência, a avaliação da capacidade funcional deve ser realizada minuciosamente, pois a principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas.

A avaliação da capacidade funcional se dá por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), que subdividem-se em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD são atividades elementares da vida do idoso e estão relacionadas ao autocuidado: alimentar-se; banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. As AIVD estão relacionadas à socialização e ao grau de autonomia do idoso: utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas,

utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças. O grau de comprometimento para as ABVD e AIVD é avaliado por meio de escalas e/ou índices. No caso das ABVD, o Índice de Katz (Anexo) é recomendado pelo Ministério da Saúde e tem sido amplamente empregado em pesquisas nacionais.

A atenção à saúde da pessoa idosa, por meio da avaliação da sua capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa nas intervenções terapêuticas do que apenas a presença ou ausência de doenças. A avaliação funcional determinará, necessariamente, o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados. Sendo assim, a atuação do enfermeiro é fundamental tanto para diagnosticar quanto para intervir na perda funcional e, ainda, na atividade educativa aos cuidadores dos idosos que estejam envolvidos com seu cuidado. Destaca-se que a continuidade da assistência de enfermagem é fundamental no âmbito da atenção básica e poderá ter êxito com o auxílio dos cuidadores de idosos, geralmente, são familiares e estão responsáveis pelo cuidado. Esses realizam atividades de autocuidado que estão interligadas com as perdas nas atividades de vida diária dos idosos.

Fluxograma De Acolhimento Ao Idoso



Violência contra a pessoa idosa

Violência é um conceito que se refere às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero e, em instituições quando são utilizados diferentes métodos ou meios de aniquilamento de outrem, causando-lhe danos físicos, mentais e morais (MINAYO, 2003). Considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

A violência contra a pessoa idosa não é um fenômeno novo. Ela é frequente e manifesta-se de forma velada, subnotificada e nas tradicionais formas de discriminação, principalmente na cultural.

De acordo com a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (2001), as principais formas de violência contra a pessoa idosa são classificadas internacionalmente em:

Violência física — uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte. **Violência psicológica** – agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir liberdade ou isolar do convívio social.

Violência sexual — ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, utilizando pessoas idosas, visando à obtenção de excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Abandono — Ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem assistência a um idoso que necessite de proteção.

Negligência — Recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais.

Abuso financeiro e econômico – Exploração imprópria, ilegal e/ou uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais do idoso.

Autonegligência: Conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Os principais fatores associados à prática da violência são:

- Filhos dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada.
- Idosos dependerem da família e de seus filhos para sua manutenção.
- Abuso de álcool e drogas pelos familiares ou pelo próprio idoso.
- Isolamento social dos familiares e do idoso.
- O idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares.
- Histórias de violência na família.
- Os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica.
- Cuidadores sofrendo depressão ou outro sofrimento mental ou psicológico.
- Conflitos intergeracionais.
- Dificuldades financeiras.
- Problemas de espaço físico.
- Idosos com déficit cognitivo, alterações do sono, incontinências, dificuldade de

locomoção e necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária.

Frente a uma situação de violência ou até mesmo uma suspeita, o papel do profissional de saúde consiste em identificar, notificar e acompanhar o caso. Para tanto, é importante que o profissional busque se qualificar para intervir e prover os cuidados de maneira adequada e segura. Segundo Minayo (2003), é preciso que os profissionais dos diversos setores se preparem cada vez melhor para a leitura da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas que chegam aos serviços ou levam ao óbito.

A Ficha de Notificação de Violência Suspeita ou Confirmada é um instrumento legal que pretende garantir a inclusão da violência contra pessoa idosa não só nas estatísticas, mas, sobretudo, é uma importante ferramenta para que os profissionais de saúde possam enfrentar esse problema.

Quadro 1. Checklist para avaliação de risco de quedas em visita domiciliar

Área de locomoção/circulação (externa e interna)	
Áreas de locomoção/circulação estão desimpedidas?	() sim () não
	obs.:
Possui barras de apoio?	() sim () não
	obs.:
O piso/revestimento é uniforme?	() sim () não
	obs.:
Utiliza tapetes?	() sim () não
	obs.:
Os tapetes estão bem fixos e/ou antiderrapantes?	() sim () não
	obs.:

Iluminação	
A iluminação é suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo	()sim () não
	obs.:
degraus?	
A intensidade da luz é aumentada no banheiro e nas escadas e corredores?	()sim () não
	obs.:
Utiliza luzes noturnas e luminárias com base segura?	()sim () não
	obs.:
Os interruptores estão distribuídos por lugares fáceis de notar?	()sim () não
	obs.:
Os fios dos aparelhos estão embutidos ou fixos?	()sim () não
	obs.:
A iluminação exterior é suficiente para iluminar toda a entrada exterior?	()sim () não
	obs.:
Possui iluminação sentinela no quarto, corredor e no banheiro? *conceito	()sim () não
	obs.:
*A cama possui luz direta?	()sim () não
	obs.:

Quarto de dormir	
Guarda-roupa - possui cabides facilmente acessíveis?	()sim () não
	obs.:
Possui cadeira que permite sentar para se vestir?	()sim () não
	obs.:
O controle de luz e telefone são ao	()sim () não
lado da cama?	obs.:
A cama possui altura adequada (45 cm)?	()sim () não

Banheiro	
A área do chuveiro é antiderrapante?	()sim () não
	obs.:
Possui cadeira para auxiliar no banho e/ou vestir-se? Qual o tipo de cadeira?	()sim () não
	obs.:
O lavabo/pia é facilmente acessível e bem fixo?	()sim () não
	obs.:
A altura do vaso sanitário é adequada? DESCREVER ALTURA	()sim () não
	obs.:
Possui barras de apoio laterais e paralelas ao vaso?	()sim () não
	obs.:
Possui box? Qual material?	()sim () não
	obs.:

6m

Banheiro

A área do chuveiro é antiderrapante?	()sim () não
	obs.:
Possui cadeira para auxiliar no banho e/ou vestir-se? Qual o tipo de cadeira?	()sim () não
	obs.:
O lavabo/pia é facilmente acessível e bem fixo?	()sim () não
	obs.:
A altura do vaso sanitário é adequada? DESCREVER ALTURA	()sim () não
	obs.:
Possui barras de apoio laterais e paralelas ao vaso?	()sim () não
	obs.:
Possui box? Qual material?	()sim () não
	obs.:

Cozinha

Armários: Possuem altura adequada (sem necessidade de uso de escadas)?	()sim () não
	obs.:
A pia permite a entrada de cadeira de	()sim () não

Escada	
O revestimento/piso é antiderrapante?	() sim () não
	obs.:
O revestimento/piso possui marcação do primeiro e último degrau com faixa de segurança?	() sim () não
	obs.:
Possui interruptores no início e final da escada?	() sim () não
	obs.:
As bordas dos degraus são identificadas com faixa de segurança?	() sim () não
	obs.:
O corrimão é bilateral e bem fixo? *Observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro.	() sim () não
	obs.:
O corrimão se prolonga além do primeiro e do último degrau?	() sim () não
	obs.:
Os degraus possuem em suas bordas lixas antiderrapantes?	() sim () não
	obs.:
Os degraus são uniformes?	() sim () não
	obs.:
A altura e profundidade dos degraus são constantes?	() sim () não
	obs.:

Sala

A disposição dos móveis facilita a circulação?	()sim () não
	obs.:
Sofás e cadeiras são firmes e com braços?	()sim () não
	obs.:

Questionário de quedas - Pesquisa e Assistência Gerontológica				
	Sempre	Habitualmente	Algumas vezes	Nunca
Caminha com dificuldade				
Caminha com ajuda de uma pessoa				
Caminha com ajuda de duas pessoas				
Caminha com ajuda de um andador				
Caminha com ajuda de muletas ou bengala				
É totalmente acamado				

Histórico de quedas

- Você caiu alguma vez nos últimos 3 anos?
- Caiu nos últimos 12 meses?
- Quantas vezes?
- Necessitou de internação?
- Fraturas? Onde?
- Contou a alguém sobre a queda?
- Local da queda.
- Por que caiu?
- Tem medo de novas quedas?
- Outras observações:

Também é importante investigar (transformar em perguntas)

- sobre algum local da residência que não é frequentado e qual o motivo
- o local onde passa a maior parte do tempo
- a atividade desenvolvida e os problemas

Ao final da ação orientar de acordo com os problemas detectados relacionados a atividades cotidianas e às modificações do ambiente, com ênfase nas medidas preventivas.

AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD)

Índice de KATZ

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em, pelo menos, duas funções, mas não se classifica em C, D, E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

Banho - a avaliação da atividade (1) Não recebe assistência (entra e sai

"banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.

do banheiro sozinho) se essa é usualmente utilizada para banho

(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)

(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo

Vestir- para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem, parcial ou totalmente, despidas.

(1) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência

(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos

(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para se vestir ou permanece, parcial ou totalmente, despido

Banheiro- a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenharem a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são	(1) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste, após as eliminações, sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã
	(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para
aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.	se vestir, após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite
	(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência- a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.	(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
	(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
	(3) Não sai da cama
Continência- "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de	(1) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)

incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo, como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas, classifica a pessoa como dependente.	(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo e/ou incontinente
Alimentação -a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de	(1) Alimenta-se sem assistência
	(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar
cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.	manteiga no pão
	(3) Recebe acedência para se alimentar ou é alimentado, parcial ou totalmente, por sonda enteral ou parenteral

AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AIVD) Escala de Lawton

Avaliação dos resultados: para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

lrm

O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue fazer compras?	() sem ajuda	(3)

	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)

Pontuação Obtida: _____ pontos

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A atenção à saúde da mulher constitui uma das prioridades estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo organizada de forma integral ao longo de todo o ciclo de vida feminino por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Essa política orienta a organização das ações e serviços de saúde com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, humanização da assistência e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, promovendo cuidado qualificado, resolutivo e centrado nas necessidades das mulheres.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência à mulher é desenvolvida por meio de linhas de cuidado prioritárias que contemplam a atenção obstétrica e neonatal qualificada e baseada em evidências científicas; a promoção da saúde sexual e reprodutiva; a prevenção, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV/Aids; a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de violência; a prevenção, rastreamento e controle do câncer de mama e do câncer do colo do útero; além da assistência às mulheres durante o climatério e demais fases do ciclo de vida.

Essas linhas de cuidado são desenvolvidas considerando os princípios da humanização da assistência, do acolhimento com escuta qualificada, do respeito às diferenças culturais, étnicas, raciais e regionais, da promoção da equidade de gênero e do fortalecimento da autonomia das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde. As ações assistenciais devem assegurar acesso oportuno aos serviços, redução das desigualdades e cuidado integral, respeitando as especificidades de cada território e população atendida.

Com o propósito de fortalecer a organização da Rede de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde estruturou Redes Temáticas voltadas às principais necessidades da população feminina. Destacam-se a Rede Cegonha, direcionada à atenção materna e neonatal, e a Rede de Atenção Oncológica, responsável pela organização das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das mulheres com câncer de mama e câncer do colo do útero.

A Rede Cegonha foi instituída com o objetivo de reorganizar a assistência materno-infantil, garantindo acesso oportuno ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção integral à criança desde o nascimento até os primeiros anos de vida. Essa estratégia visa assegurar atendimento humanizado, seguro e resolutivo, fortalecendo o planejamento reprodutivo, a qualificação da assistência obstétrica e neonatal e a redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente no componente neonatal.

Complementarmente, a Rede de Atenção Oncológica organiza a linha de cuidado destinada à prevenção e ao controle dos cânceres de mama e do colo do útero, estruturando ações voltadas ao rastreamento, detecção precoce, confirmação diagnóstica, tratamento

oportuno, reabilitação e acompanhamento longitudinal das mulheres, contribuindo para redução da incidência, mortalidade e sequelas relacionadas a essas doenças.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde constitui a principal porta de entrada do SUS e exerce papel fundamental na coordenação do cuidado à saúde da mulher. As equipes multiprofissionais desenvolvem ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos, rastreamento organizado, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e acompanhamento longitudinal, considerando a individualidade, o contexto familiar, social e cultural, bem como as necessidades específicas de cada usuária.

A atuação da enfermagem assume papel estratégico na organização dessas ações, sendo responsável pela realização da consulta de enfermagem, acompanhamento do pré-natal de baixo risco, assistência ao puerpério, planejamento reprodutivo, coleta do exame citopatológico do colo do útero, solicitação de exames previstos em protocolos, realização de testes rápidos, prescrição de medicamentos padronizados, desenvolvimento de atividades educativas, identificação precoce de fatores de risco, monitoramento das condições clínicas e encaminhamento oportuno para os serviços especializados sempre que identificadas situações de maior complexidade.

A atuação profissional do enfermeiro está respaldada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem, pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, pelas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), especialmente aquelas que regulamentam a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem, bem como pelas normas técnicas e protocolos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde.

No acompanhamento do pré-natal de baixo risco, o enfermeiro possui competência legal para realizar consultas de enfermagem, solicitar exames previstos em protocolos, interpretar resultados, prescrever medicamentos padronizados pelos programas de saúde pública, desenvolver ações educativas, acompanhar a evolução gestacional e realizar o seguimento do puerpério, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. Sempre que identificadas intercorrências, sinais de alerta ou fatores de risco maternos ou fetais, a gestante deverá ser encaminhada, de forma oportuna e regulada, aos serviços de referência para pré-natal de alto risco, assegurando a continuidade da assistência e a integralidade do cuidado.

Além das atribuições técnico-assistenciais, compete ao enfermeiro desenvolver práticas fundamentadas na humanização da assistência, estabelecendo vínculo terapêutico com as usuárias por meio do acolhimento, da escuta qualificada, da comunicação efetiva e do respeito às necessidades individuais. O processo educativo constitui uma das principais ferramentas da prática de enfermagem, favorecendo a autonomia das mulheres, o fortalecimento do autocuidado, a adoção de hábitos de vida saudáveis, a adesão às medidas preventivas e o exercício dos direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Dessa forma, o presente Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher tem como finalidade padronizar as ações desenvolvidas pelas equipes de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde, promovendo assistência qualificada, segura, humanizada e baseada nas melhores evidências científicas, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e qualificação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher.

Assistência ao pré-natal de baixo risco

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal de baixo risco objetiva assegurar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal, inclusive com enfoque psicossocial e educativo, para garantia do parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante do prognóstico ao nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Caso o parto não ocorra até a 41ª semana, encaminhar a gestante para a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

A rede de serviços para a atenção obstétrica e neonatal deve dispor de mecanismos de referência e contrarreferência para garantir os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (AB) (Quadro 1):

Quadro 1. Dez passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica

Passo 1 - Iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
Passo 2 - Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
Passo 3 - Assegurar a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
Passo 4 - Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
Passo 5 - Garantir o transporte público gratuito da gestante para atendimento pré-natal, quando necessário.
Passo 6 - É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
Passo 7 - Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
Passo 8 - Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
Passo 9 - Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
Passo 10 - As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado

Consulta pré-natal de enfermagem

O acompanhamento pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro na rede básica de saúde é respaldado pelo MS e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB (Quadro 2), são preconizadas a assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, a solicitação de exames complementares e testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e de rotina aprovada pela instituição de saúde.

Quadro 2. Atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação.
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a).
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de assistência pré-natal.
- Realizar testes rápidos.
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica).
- Referenciar a gestante para atendimento odontológico e médico.
- Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista, assistente social de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional).
- Orientar e encaminhar a gestante para a vacinação contra tétano e hepatite B quando não estiver imunizada.
- Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso haja dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora

significativa para esse atendimento), encaminhar diretamente ao serviço de referência.

- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a avaliação de risco gestacional para identificar os fatores que permitem o acompanhamento pela equipe de atenção básica (Quadro 2). Os fatores de risco devem ser identificados em destaque no Cartão da Gestante. A caracterização de uma situação de risco que envolve risco real e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada. Informações sobre a evolução da gravidez e os tratamentos administrados à gestante podem ser obtidos por meio da contrarreferência e da busca ativa durante visita domiciliar (BRASIL, 2012).

Quadro 3. Fatores de risco de gestação que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente - Situação conjugal insegura - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular) - Condições ambientais desfavoráveis - Altura menor que 1,45m - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade |
|--|

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado - Macrossomia fetal - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos) - Cirurgia uterina anterior - Três ou mais cesarianas |
|---|

Fatores relacionados à gravidez atual
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ganho ponderal inadequado |
| <ul style="list-style-type: none"> - Infecção urinária |
| <ul style="list-style-type: none"> - Anemia |

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Observações

- O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Protocolo de Saúde dos Adolescentes.
- Na presença de sinais de risco gestacional, encaminhar para serviço de alto risco.
 - Prescrever sulfato ferro (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia, conforme idade gestacional e taxa de hemoglobina.
 - Vacinação:dT - dupla adulto (contra o tétano e difteria) para gestantes que não têm vacinação prévia ou esquema incompleto; contra hepatite B - com antígeno HbsAg e contra influenza pandêmica.
 - Reforçar para a gestante a importância da consulta pré-natal, com acompanhamento intercalado entre enfermeiro e médico do cronograma de consulta mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª a 41ª semana.

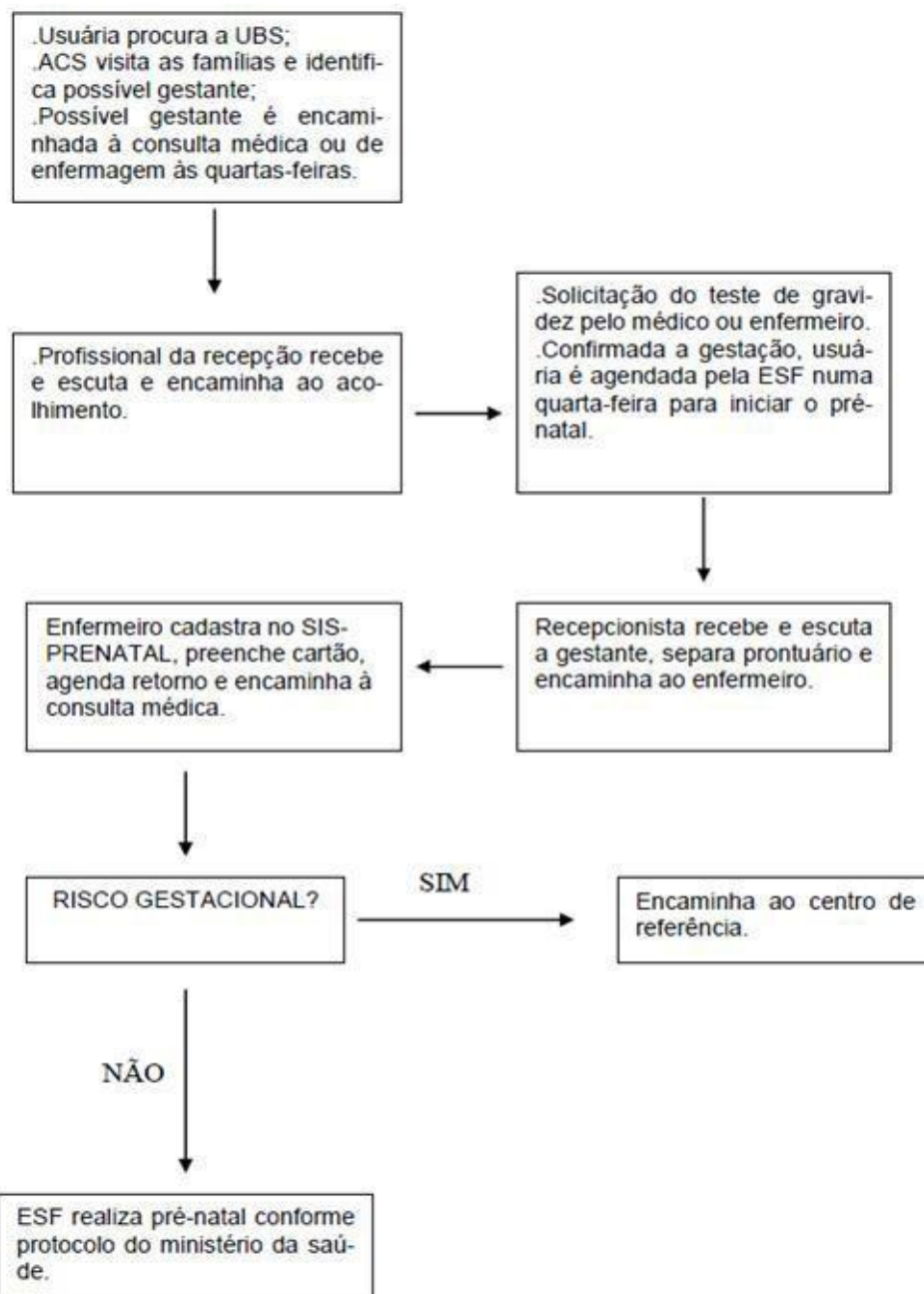
Queixas mais comuns na gravidez

- **Náusea e vômito:** ocorrem especialmente nos primeiros meses de gestação (altos índices de HCG e fatores psicológicos). O tratamento consiste no apoio e na alimentação fracionada. Encaminhar a consulta médica na persistência dos sintomas.
- **Ptialismo ou sialorreia:** aumento da salivação. Aconselhar dieta semelhante à indicada para as náuseas e vômitos.
- **Pirose/azia:** causada pelo refluxo gastroesofágico. Aconselhadas refeições fracionadas.
- **Gengivite:** agendar atendimento odontológico para avaliação e promoção do tratamento.
- **Constipação intestinal:** redução da motilidade da musculatura lisa causada pela ação da progesterona na gravidez. Aconselha-se alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação e atividade física regular.
- **Tontura e vertigem:** evitar mudanças bruscas de posição e, quando de sua ocorrência, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em

decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevados.

- **Cãibras:** frequentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Deve-se moderar a atividade física, hidratar bem e fazer uso de alimentos ricos em Potássio.
- **Varizes:** são dilatações venosas nos membros inferiores. De uma maneira geral têm caráter predisponente familiar. Aconselhado não permanecer muito tempo em pé ou sentada, repousar por 20 minutos várias vezes ao dia com as pernas elevadas e fazer uso de meias elásticas de média compressão.
- **Edema:** Geralmente relacionado à dificuldade de retorno venoso. Aconselhado o uso de meias elásticas de média compressão e elevar os membros inferiores a cada duas horas.
- **Hemorroidas:** são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Orientar alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação.
- **Dor lombar e dor hipogástrica:** motivadas pela alteração de postura e pela presença do útero grávido, sendo em geral suficiente o repouso, se possível em decúbito lateral.
- **Polaciúria** - sintoma encontrado no início e final da gestação, devido à compressão da bexiga pelo útero grávido. Orientar a não reter urina e esvaziar a bexiga com maior frequência.
- **Corrimento vaginal:** o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação. Fazer o diagnóstico diferencial com DST, as quais devem ser tratadas conforme protocolo.

Fluxograma Do Acolhimento À Gestante



Controle da pressão arterial (PA)

A medida da PA é recomendada em todas as consultas de pré-natal por ser a hipertensão arterial um fator de risco gestacional. O parâmetro de confirmação da hipertensão arterial na gestação é a observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. A hipertensão arterial sistêmica(HAS) na gestação é classificada em pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica e HAS crônica - Quadro 4 (BRASIL, 2012).

Quadro 4. Categorias da hipertensão arterial sistêmica(HAS) na gestação

Quadro 4. Categorias da hipertensão arterial sistêmica(HAS) na gestação

Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.
Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.
Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.
Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.
Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Atentar aos procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial como o preparo e posicionamento da gestante e calibração do esfigmomanômetro. No período pré-natal, a avaliação da PA deve ser em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. O ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, exige retorno antecipado da gestante pelo maior risco de pré-eclâmpsia.

Cuidados com a mama na gravidez

O preparo da mama para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno, que envolvem:

1. Avaliação das mamas durante as consultas de pré-natal;
2. Orientações sobre o uso do sutiã durante a gestação, banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts a cerca de um palmo de distância; evitar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo; não realizar expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro;
3. Conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;
4. Oferta de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

Conduta

*Anotar em prontuário: número, simetria, volume, forma, consistência, contorno, modificações da pele da mama e do mamilo e número, tamanho, consistência e mobilidade dos gânglios axilares e supra e intraclaviculares.

*Registrar alterações quanto à localização (quadrante), consistência, tamanho, textura, sensibilidade.

*O ECM é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas, independente da faixa etária, mas com finalidade de rastreamento do câncer de mama, a partir



de 40 anos (BRASIL, 2004).

*** Solicitar primeira MMG aos 35 anos, com seguimento a cada dois anos e rastreamento anual para mulheres a partir de 40 anos (BRASIL, 2004).

* ECM e MMG anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (mãe, irmã ou filha com câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino) (BRASIL, 2004).

O câncer do colo do útero é facilmente detectado pela realização do exame preventivo Papanicolau. A sua realização periódica permite a detecção de alterações que podem levar ao câncer de colo de útero causada pelo Papilomavírus Humano (HPV).

Atenção às mulheres em situação de violência

A violência contra a mulher é considerada como “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”, segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, recorrente, frequente, considerada um problema relevante de Saúde Pública em decorrência da alta incidência. É silenciosa e sem visibilidade social, em sua grande maioria vem como uma demonstração de força, poder e gênero. É causada frequentemente por alguém do convívio (padrasto, pai, irmão, parentes, companheiros ou marido), ocorrendo geralmente no próprio lar ou em outro cenário. Pode levar a consequências traumáticas do ponto de vista físico e mental, algumas vezes irreparáveis (TAQUETTE, 2007).

No Brasil, estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano, sendo 23% das mulheres sujeitas à violência doméstica (BRASIL, 2011).

De acordo com o Instituto Patrícia Galvão (2006) a cada 15 segundos uma mulher é espancada.

É importante que o enfermeiro no seu dia a dia, com olhar atento,

identifique a mulher em situação de violência e a acolha com escuta afetiva e qualificada, livre de julgamentos ou de valores morais. Nesse caso, é necessário, também, realizar encaminhamentos por requerer avaliação de riscos e cuidado de equipe multidisciplinar e interinstitucional, a fim de promover uma linha de cuidado e colocar a mulher na rede de assistência. Isso favorecerá acompanhamento de qualidade, de acordo com todas as necessidades, sejam elas de interrupção da gravidez, de assistência ao pré-natal de anticoncepção de emergência. Além de que dará visibilidade ao agravo, contribuindo conseqüentemente para a não perpetuação, e agravamento da situação. O agressor na medida do possível deve ser identificado para que possa entrar na Rede e receber a atenção necessária, visto que provavelmente também foi vítima de alguma violência durante sua vida e precisa de acompanhamento.

O enfermeiro deverá preencher a ficha de notificação compulsória de violência doméstica sexual e/ou outras violências na presença de qualquer suspeita ou confirmação da violência, e encaminhar para o núcleo de vigilância epidemiológica. A notificação vai possibilitar obtenção de dados para que seja acompanhada a situação e se montem estratégias para redução do agravo. A Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013 define, regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Art. 4º dessa mesma Portaria, o Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual é composto por estabelecimentos de saúde que realizam atendimento ginecológico e/ou obstétrico a mulheres vítimas de violência sexual. Podem ser hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência não hospitalares, ambulatórios de especialidades clínicas afins e unidades de atenção básica em saúde.

Em seu Parágrafo Único é descrito, também, as competências dos estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual. As ações a serem realizadas em favor das mulheres em situação de violência sexual são: acolhimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde; notificação compulsória

institucionalizada; referência laboratorial para exames necessários; referência para coleta de vestígios de violência sexual e referenciamento na rede do SUS para acompanhamento psicossocial e interface com estabelecimentos de referência definidos na região de saúde.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. APRESENTAÇÃO

O câncer do colo do útero constitui importante problema de saúde pública, permanecendo entre as principais causas de morbimortalidade por câncer na população feminina. No Brasil, representa o quarto tipo de câncer mais incidente entre as mulheres e, quando excluídos os tumores de pele não melanoma, destaca-se como uma das neoplasias com maior potencial de prevenção, diagnóstico precoce e cura, desde que identificada oportunamente por meio das ações de rastreamento organizadas na Atenção Primária à Saúde.

A infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), especialmente pelos subtipos oncogênicos, constitui o principal fator etiológico para o desenvolvimento das lesões precursoras e do câncer do colo uterino. Entretanto, a evolução para doença invasiva ocorre de forma lenta e gradual, possibilitando que as alterações precursoras sejam identificadas e tratadas antes do aparecimento do câncer, desde que as mulheres tenham acesso regular às ações de rastreamento.

O exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau) permanece como a principal estratégia de detecção precoce adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecido por sua elevada efetividade na identificação das lesões precursoras e na redução da incidência e da mortalidade pela doença quando realizado de forma periódica na população-alvo.

A efetividade das ações de prevenção depende não apenas da oferta do exame, mas também da organização dos serviços, do acolhimento qualificado, da busca ativa das mulheres com exame em atraso, da garantia do acesso ao diagnóstico complementar, do acompanhamento dos resultados alterados e da continuidade do cuidado em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio das Equipes de Saúde da Família, desempenha papel estratégico na coordenação do cuidado, desenvolvendo ações integradas de promoção da saúde, prevenção, educação em saúde, rastreamento organizado, detecção precoce, acompanhamento longitudinal e articulação com os serviços especializados.

As equipes deverão adotar estratégias que favoreçam o acesso equitativo aos serviços, considerando as especificidades sociais, culturais e individuais das mulheres atendidas. Grupos em situação de maior vulnerabilidade, como mulheres com deficiência, mulheres negras, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, mulheres em situação de rua, privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo, mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e demais populações historicamente vulnerabilizadas, deverão receber atenção diferenciada, garantindo atendimento livre de discriminação, acolhimento humanizado e eliminação das barreiras físicas, organizacionais, culturais e atitudinais que possam dificultar o acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se, ainda, a necessidade de permanente qualificação dos profissionais para desconstrução de conceitos equivocados relacionados ao risco de infecção pelo HPV entre mulheres que mantêm relações homoafetivas, assegurando que o rastreamento seja ofertado de forma universal às mulheres elegíveis, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero.

O rastreamento deverá ser ofertado às mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, respeitando os critérios técnicos estabelecidos para periodicidade do exame e garantindo a continuidade do acompanhamento diante de resultados alterados.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará este Protocolo Assistencial como instrumento institucional para padronização das práticas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde sob sua gestão, promovendo assistência integral, segura, humanizada e baseada nas melhores evidências científicas, contribuindo para a ampliação da cobertura do rastreamento, redução das desigualdades de acesso, fortalecimento da prevenção e melhoria dos indicadores de saúde da população feminina.

2. OBJETIVO

Objetivo Geral

Padronizar as ações de promoção da saúde, prevenção, rastreamento, detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento das mulheres elegíveis ao Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde, assegurando assistência integral, humanizada, resolutiva e baseada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos

- Organizar o processo assistencial para o rastreamento do câncer do colo do útero nas Unidades Básicas de Saúde.
- Padronizar as condutas técnicas relacionadas à coleta do exame citopatológico do colo uterino.
- Ampliar a cobertura do rastreamento da população-alvo.

- Promover o diagnóstico precoce das lesões precursoras e do câncer do colo do útero.
- Garantir a qualidade da coleta, do registro das informações e do acompanhamento dos resultados.
- Fortalecer as ações de educação em saúde e prevenção da infecção pelo HPV.
- Assegurar o acompanhamento longitudinal das mulheres com exames alterados.
- Organizar os fluxos de referência e contrarreferência com os serviços especializados.
- Contribuir para a redução da incidência, morbidade e mortalidade relacionadas ao câncer do colo do útero.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todas as Unidades Básicas de Saúde sob gestão da Organização Social, orientando as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária, Saúde Bucal, equipes multiprofissionais (eMulti), Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e demais profissionais envolvidos na Linha de Cuidado da Saúde da Mulher.

Compreende as atividades de promoção da saúde, prevenção, rastreamento organizado, acolhimento, consulta de enfermagem, consulta médica, coleta do exame citopatológico, acompanhamento clínico, educação em saúde, busca ativa, monitoramento dos resultados, encaminhamento para serviços especializados e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

4. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

A operacionalização deste protocolo será realizada de forma integrada pelas equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, respeitando as competências legais e técnicas de cada categoria profissional.

Participam diretamente da execução:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem habilitados para a coleta, quando previsto pelas normas institucionais e legislação vigente;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Equipe de Saúde Bucal;
- Profissionais da eMulti;
- Assistência Farmacêutica;
- Vigilância em Saúde;

- Equipes administrativas responsáveis pelo agendamento e monitoramento dos exames.

A coordenação clínica do processo assistencial será exercida pelos profissionais médicos e enfermeiros, responsáveis pela avaliação clínica, solicitação e interpretação dos exames, definição das condutas, encaminhamentos e acompanhamento longitudinal das usuárias.

5. PÚBLICO-ALVO

O protocolo destina-se às mulheres elegíveis ao rastreamento do câncer do colo do útero, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, abrangendo prioritariamente aquelas com vida sexual ativa na faixa etária recomendada para o rastreamento periódico. Também contempla mulheres pertencentes a grupos com maior vulnerabilidade social, epidemiológica ou de acesso aos serviços de saúde, bem como aquelas que necessitem de acompanhamento diferenciado em decorrência de condições clínicas específicas, resultados alterados ou histórico de lesões precursoras.

6. CAMPO DE APLICAÇÃO

As orientações estabelecidas neste protocolo deverão ser observadas em todas as Unidades Básicas de Saúde e demais serviços da Atenção Primária sob gestão da Organização Social, constituindo referência para organização dos processos assistenciais relacionados à prevenção do câncer do colo do útero.

As ações serão desenvolvidas de forma articulada com os serviços de apoio diagnóstico, unidades especializadas, serviços de colposcopia, ginecologia, oncoginecologia e demais componentes da Rede Municipal de Atenção à Saúde, garantindo continuidade do cuidado por meio dos processos de referência e contrarreferência.

7. PROCESSO ASSISTENCIAL

7.1 Acolhimento e Identificação da Demanda

O acolhimento constitui a porta de entrada para as ações de prevenção do câncer do colo do útero e deverá ocorrer em todos os contatos da mulher com a Unidade Básica de Saúde, independentemente do motivo inicial da procura pelo serviço.

Durante essa etapa, a equipe deverá realizar escuta qualificada, identificar necessidades assistenciais, verificar a situação do rastreamento citopatológico e avaliar a elegibilidade da usuária para realização do exame preventivo.

Sempre que identificado atraso na realização do exame ou ausência de rastreamento, a equipe deverá oportunizar o atendimento, realizar o agendamento ou proceder à coleta quando houver condições clínicas e estruturais para sua realização.

A identificação precoce das mulheres pertencentes à população-alvo constitui estratégia

fundamental para ampliação da cobertura do rastreamento e redução da incidência do câncer do colo do útero.

Responsáveis: Equipe Multiprofissional.

7.2 Avaliação Clínica

A avaliação clínica deverá anteceder a realização do exame citopatológico, permitindo identificar fatores que possam interferir na coleta, reconhecer situações que demandem investigação complementar e estabelecer condutas individualizadas.

A consulta deverá contemplar:

- confirmação da faixa etária e critérios de rastreamento;
- histórico de exames citopatológicos anteriores;
- antecedentes ginecológicos e obstétricos;
- antecedentes cirúrgicos;
- histórico de infecção pelo HPV e outras infecções sexualmente transmissíveis;
- uso de medicamentos vaginais;
- utilização de lubrificantes ou espermicidas;
- ocorrência de relações sexuais nas 48 horas anteriores ao exame;
- data da última menstruação;
- presença de corrimento vaginal;
- sangramento uterino anormal;
- sangramento pós-coito;
- dor durante a relação sexual;
- outras queixas ginecológicas relevantes.

O exame físico compreenderá inspeção da região genital externa e exame especular, observando características do colo uterino, presença de secreções, sangramentos, friabilidade, ectopia, pólipos, lesões suspeitas e demais alterações clínicas que possam influenciar a conduta assistencial.

A avaliação clínica permitirá definir a realização imediata da coleta, necessidade de tratamento prévio ou encaminhamento para avaliação especializada.

Responsáveis: Médico e Enfermeiro.

Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos normais

RESULTADO	O QUE FAZER
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	• Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	• Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal.
Achados microbiológicos: • <i>Lactobacillus sp.</i> • Cocos • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>) • <i>Candida sp.</i>	
Atrofia com inflamação	• Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no
Indicando radiação	• Seguir a rotina de rastreamento citológico • O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.
Achados microbiológicos: • <i>Chlamydia sp.</i> • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes • <i>Trichomonas vaginalis</i> • <i>Actinomyces sp.</i>	• A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes micro-organismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados • <i>Chlamydia</i>, <i>Gonococo</i> e <i>Trichomonas</i>: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por <i>Chlamydia</i> e <i>Gonococo</i>), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações; • <i>Actinomyces</i>: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU. • Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	• Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.

Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos anormais

RESULTADO		O QUE FAZER	
Atípias de significado indeterminado	Em células escamosas.	Provavelmente não neoplásica.	• Repetição da citologia em seis meses ou 12 meses. ➢ Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; ➢ Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhamento para colposcopia.*
	Em células glandulares.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
	De origem indefinida.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
Lesão intraepitelial de baixo grau			Repetição da citologia em seis meses: ➢ Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; ➢ Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*
Lesão intraepitelial de alto grau			Encaminhamento para colposcopia.*
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor			
Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor			

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil.

Organização Mundial da Saúde. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária – Saúde da Mulher.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

A Andrologia constitui-se uma especialidade médica dedicada ao estudo e cuidado da saúde da população masculina. Com efeito, a andrologia é reconhecida como um ramo da Ciência Médica autônoma e individualizada, na qual as categorias profissionais participam de forma inter e multidisciplinares, com um papel extremamente relevante no intercâmbio entre as especialidades da área da saúde. Este documento foi elaborado visando instrumentalizar a prática diária do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a terapêutica, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma assistência de enfermagem integral com impacto na situação de saúde e autonomia da população masculina e nos fatores determinantes e condicionantes de saúde desse grupo populacional.

O presente protocolo não possui a pretensão de abordar todos os aspectos relativos às ações de enfermagem à saúde do homem, mas constitui-se um norteador para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantindo aos homens de 20 a 59 anos, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), uma assistência segura, com cuidados e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade. Para tanto, respaldaram-se na Lei do Exercício Profissional No 7.498/86, Decreto No 94.406/87, Resoluções do Cofen 195/1997; 317/2007 e 358/2009 e Parecer Cofen 17/2010, bem como na Portaria 1.944/2009 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009a).

A PNAISH apresenta como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina e possui como objetivo geral a promoção à melhoria das condições de saúde do homem, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência à saúde. A PNAISH visa à assistência à saúde, na perspectiva de uma linha de cuidado que atenda às necessidades de saúde articuladas aos três níveis de atenção, sendo a atenção básica a porta de entrada para o homem no SUS com garantia de continuidade da assistência e, na compreensão de que grande parte dos problemas que afetam a saúde masculina deve ser considerada em sua abrangência histórica, social, emocional, cultural e espiritual e, não meramente biológica (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, este protocolo almeja fornecer subsídios para fortalecer as propostas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com caráter transversal nos demais protocolos deste documento, de forma a agregar a execução da PNAISH às demais políticas,

programas, estratégias e ações do MS, em todos os ciclos vitais da população masculina do Brasil.

Desenvolvimento da temática

Nos últimos anos, observou-se uma dinâmica das transformações demográficas e epidemiológicas na população brasileira. Esse processo foi marcado por uma gradual e progressiva queda na incidência das doenças transmissíveis, devido, especialmente, aos incentivos em políticas preventivas, em particular a imunização e, pela ascensão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), decorrentes do aumento da prevalência de fatores de risco modificáveis (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada) e dos determinantes sociais (desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação) (BRASIL, 2011; WHO, 2013).

Paralelamente, verifica-se, no Brasil, uma redução da taxa de fecundidade e dos índices de morbimortalidade e consequente aumento da expectativa de vida e índices de envelhecimento ativo da população (BRASIL, 2009b; 2011).

Entretanto, as particularidades e especificidades masculinas, nos seus diversos contextos históricos socioculturais, político-econômicos e espirituais assinalam a vulnerabilidade individual, social e programática a qual os homens estão inseridos (DAMIÃO, 2010; GOMES 2011, MATOS, 2013).

A população adulta do Brasil apresenta importantes contrastes quanto aos dados epidemiológicos relacionados aos indicadores de morbidade e mortalidade e dos fatores deletérios de alguns agravos da população masculina. Os achados obtidos, ao longo da última década, segundo o Datasus, evidenciam que mais da metade dos óbitos por causas preveníveis e evitáveis, na população de 20 a 59 anos, ocorreram na população masculina. Ainda, esse grupo populacional apresenta maior prevalência de fatores de risco para os agravos transmissíveis e não transmissíveis, sendo que, a cada cinco óbitos, três são homens em idade, economicamente, ativa e as mulheres vivem em média 7,8 anos a mais que os homens, ocasionando um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens no Brasil (BRASIL, 2013a).

Somam-se, também, às vulnerabilidades masculinas, os determinantes sociais e culturais que podem estar relacionados às causas de óbitos e dos agravos na população masculina, como aqueles relacionados às questões de identidade de gênero, orientação sexual e à compreensão atribuída à masculinidade hegemônica, na qual a adoção de características/comportamentos de risco e negligência e/ou déficit de conhecimento acerca do

autocuidado aparecem como fatores preditores à elevação dos índices de morbimortalidade dos homens (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o modelo tradicional das políticas públicas de saúde já instituídas no Brasil que privilegiam os quatro segmentos populacionais do ciclo vital, a saber: crianças, adolescentes, mulheres e idosos não têm se mostrado eficientes para atender às demandas específicas do segmento masculino nos serviços de atenção à saúde; grupo esse que representa cerca de 30% da população brasileira e que possui pouca visibilidade e acessibilidade pelas estratégias públicas de atenção à saúde, em especial, pela complexidade e dimensão continental do Brasil, bem como pelas necessidades singulares da população masculina (BRASIL, 2009b; 2011).

Assim, o contexto de envelhecimento populacional do Brasil, a mudança do perfil epidemiológico e as vulnerabilidades masculinas reforçam a necessidade de constantes avaliações, correções e inovações para o aprimoramento das estratégias do SUS para atender aos indivíduos e à coletividade em todas as fases da vida, em especial, aos homens de 20 a 59 anos.

Com vistas a nortear os gestores nas ações de atenção integral em andrologia, por meio da PNAISH, a área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) instituiu o Plano de Ação Nacional com uma série de medidas específicas dentro dos nove eixos temáticos de ação:

- Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;
- Informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação;
- Participação, relações institucionais e controle social que buscam associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população;
- Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde;
- Qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina;
- Sistemas de informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população e Avaliação do projeto-piloto por meio de realização de

estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações, por meio do monitoramento da Política.

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade e espaço entre os gestores dos serviços de saúde e da academia devido à maior divulgação e exploração dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas, o aumento mesmo que incipiente da produção científica e a criação de estratégias públicas específicas para essa população. Nesse contexto, o quadro 1 lista os principais fatores que contribuem para inviabilizar a procura dos homens pelos serviços de saúde.

Quadro 1. Fatores que contribuem para distanciar os homens dos serviços de saúde.

- Fortalecimento da cultura de uma masculinidade hegemônica.
- Noção de invulnerabilidade do homem com a busca do risco como um valor.
- Inabilidade em abordar a andrologia como tema transversal nos demais programas do Ministério da Saúde.
- Feminilização da estética das unidades de saúde, favorecendo o não pertencimento do homem ao ambiente.
- Concepção social de que o adoecimento é sinônimo de fragilidade e feminilidade.
- Reprodução da cultura de gênero segundo a qual saúde diz respeito às mulheres.
- Ineficiência nas estratégias de acolhimento ao homem nos serviços de saúde.
- Cultura do homem em valorizar as práticas curativas, não reconhecendo suas necessidades de orientações preventivas.
- Falta de capacitação técnica e científica dos profissionais de saúde para atendimento em andrologia.
- Fragilidade nas ações de busca ativa do homem.
- Dificuldade da população feminina bem como dos profissionais de saúde em incluir o homem nas consultas de planejamento familiar, pré-nupcial, pré-natal, ginecológica, obstétrica e pediátrica.
- Tempo restrito em relação à licença paternidade, não valorizando o homem no

cuidado e paternidade.

- Déficit de conhecimento dos homens quanto ao funcionamento e estrutura do SUS.
- Dificuldade de implantação do Programa Saúde nas Escolas.
- Cultura do homem de procurar os serviços de atenção secundária e terciária para atender as suas necessidades.
- Falta de cultura de corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina.
- Fortalecimento da cultura da automedicalização pela questão de gênero.
- Atendimento de saúde do homem focado apenas nas queixas e patologias.
- Profissionais de saúde destinam menos tempo aos homens durante as consultas. - Ausência de profissionais com especialidade em andrologia.
- Ausência da temática saúde do homem nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.
- Insuficiência no acolhimento do homem durante as ações de educação em saúde. - Inexistência de políticas de educação continuada acerca da temática andrologia.
- Uso de metodologias de ensino-aprendizagem nas atividades educativas que não atraem o público masculino.
- Campanhas educativas e de sensibilização que não abarcam as singularidades masculinas.
- Dificuldade dos profissionais em trabalhar a identidade de gênero e orientação sexual durante o cuidado.
- Insivibilidade dos homens como potenciais cuidadores e usuários dos serviços de saúde.
- Escassez de comemorações nas UBS voltadas especificamente para os homens, como o dia dos pais e o dia nacional e internacional do homem.
- Inexistência de horários específicos para consulta andrológica.
- Fortalecimento dos mitos e tabus em relação à avaliação prostática (toque retal). -

Desconhecimento dos homens acerca de seus direitos em relação à assistência em saúde, avaliação andrológica e exames de rotina.

- Despreparo dos profissionais de saúde para atenderem a diversidade sexual, ultrapassando a dimensão biomédica e muitas vezes adotando atitudes e valores de ordem pessoal e moral.
- Falta de intervenções que estimulem os homens a buscarem os serviços de saúde.
- Escassez de projetos de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para lidarem com o público masculino.
- Visitas domiciliares voltadas apenas para a pessoa índice que necessita de atendimento, não abordando a coletividade.
- Carência de políticas que atendam os homens quando os mesmos são acompanhantes de usuários nas UBS.
- Indisponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos voltados para a população masculina.
- Carência de trabalhos de pesquisa e extensão voltados para a saúde do homem.
- Deficiência de investimentos em qualificação profissional de todos os atores das UBS sobre a temática andrologia.

Visando proporcionar um atendimento integral ao homem, o presente Protocolo de Enfermagem traz os pressupostos dos nove eixos temáticos do Plano de Ação Nacional e objetivos da PNAISH como fatores preponderantes para a consulta de enfermagem à população masculina, também atuando nos fatores que distanciam os homens dos serviços de saúde.

Atendimento à população masculina nas Unidades Básicas de Saúde

Assistência de enfermagem ao homem de 20 a 59 anos

A assistência de enfermagem em andrologia nas Unidades Básicas de Saúde compreende uma série de ações sistemáticas englobando:

a) o acesso, acolhimento e recepção do usuário;

b) consulta de enfermagem com avaliação holística progressivamente integral da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade; definição dos diagnósticos de enfermagem; realização das intervenções; avaliação dos cuidados e anotações de enfermagem;

c) encaminhamentos a consultas multiprofissionais ou serviço especializado (COFEN, 2010).

Nesse processo, o raciocínio crítico e julgamento clínico na prática de enfermagem representa uma importante ferramenta para a SAE na atenção ao homem, norteando, aprimorando e atribuindo à prática do cuidar, cientificidade, efetividade, credibilidade, coerência, resolubilidade, aplicabilidade, confiabilidade e visibilidade (CERRULO, CRUZ; 2010).

Dentre os principais desafios atuais da Atenção Básica à Saúde (ABS), enquanto um dos eixos estruturantes do SUS destacam-se o acesso e acolhimento da população masculina nos serviços de saúde, uma vez que, historicamente, o homem não possui o hábito de procurar assistência primária à saúde e os profissionais encontram dificuldades em realizar estratégias de sensibilização e acolhimento dessa clientela (BRASIL, 2009; 2012).

Consulta de Enfermagem em Andrologia

Anamnese

• **Características sociodemográficas:** identidade de gênero, orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transsexualidade, panssexualidade, assexualidade e intergênero), idade,

cor/raça, escolaridade, profissão, ocupação, naturalidade, procedência, estado civil, renda familiar, descrição da moradia e religião.

- **Descrição do genograma e ecomapa:** esses instrumentos têm se mostrado como valiosa ferramenta para o conhecimento da estrutura, desenvolvimento e da funcionalidade das famílias, subsidiando as intervenções que influenciam os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, conforme evidencia o quadro II (WRIGHT, LEAHEY, 2012).

- **Antecedentes familiares:** relato familiar de Hiperplasia Benigna Prostática (HBP), câncer de próstata, doenças cardiovasculares (Hipertensão Arterial Sistêmica, Aterosclerose, Infarto Agudo do Miocárdio), renais, autoimunes e endócrinas (Diabetes mellitus), obesidade e etilismo.

- **História de saúde pregressa:** comorbidades transmissíveis e não transmissíveis, alergias, cirurgias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, hábitos e vícios (abandono), sedentarismo e atividade física, internação por causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, intoxicação, queimaduras, acidente com animais peçonhentos, exposição à radiação e violência), tratamento dentário, imunização, uso de medicamentos, polifarmácia, doenças da infância e/ou adolescência, fotoproteção solar, conhecimento prévio da doença e adesão à terapêutica.

- **Antecedentes uro-andrológicos:** sexarca, uso de métodos contraceptivos, concepção, uso de preservativo com parceira fixa e não fixa, número de filhos, autoexame testicular e de mama, uso de próteses (silicone), antecedentes de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), histórico de disfunção erétil, aborto, infertilidade e uso de hormônios, fimose, balanopostite, ginecomastia, HBP, orquiepididimite, priapismo, escroto agudo, varicocele, disfunção erétil, atividade sexual, libido, história de cirurgia, trauma renal, uretral e de genitália externa, infecção urinária, incontinência urinária, história de toque prostático (retal), níveis de testosterona e espermograma completo, data e motivo da última visita à unidade de saúde, diurese e Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino(DAEM).

• **Queixa principal:** investigar holisticamente as características de problemas relatados (início, duração, intensidade, fatores agravantes e minimizadores).

• **Doença ou preocupação de saúde atual:** não subestimar a clínica e a preocupação do homem. Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões (escuta sem juízo de valores de ordem pessoal e moral), oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.

• **Perfil do homem:** percepção de masculinidade, vulnerabilidade, identidade de gênero e orientação sexual, satisfação com o emprego, lazer, ambiente interpessoal e cultural, relacionamento familiar e sistema de apoio, autocuidado, padrão de estilo de vida, autoimagem, autorrealização, autoconceito e filosofia de vida.

• **Cuidador:** verificar presença e grau de dependência do cuidador formal ou informal.

Triagem

• Verificar e registrar peso e altura calculando o Índice de Massa Corpórea (IMC): o IMC é definido como o peso do homem em quilos dividido pelo quadrado da sua altura em metros.

O IMC é uma medida para indicar o estado nutricional, sendo que, para adultos com mais de 20 anos de idade, o IMC se encaixa em uma das seguintes categorias descritas no quadro abaixo:

Quadro 3. Valores de IMC com as respectivas classificações e riscos de comorbidade para homens (modificado)

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg m²)	RISCO DE COMORBIDADE
Baixo peso	<18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥25,0	-
Pré-obesidade	25,0 a 29,9	Aumentado
Obesidade classe I	30 a 34,9	Moderado
Obesidade classe II	35 a 39,9	Grave
Obesidade classe III	≥40	Muito grave

Fonte:WHO, 2000.

• Verificar e registrar a circunferência abdominal: realiza-se a medida em cm da circunferência abdominal no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2003). Os valores de referência são apresentados no quadro 4.

Quadro 4. Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens (modificado)

IDADE (anos)	BAIXO RISCO (cm)	MODERADO RISCO (cm)	ALTO RISCO(cm)	ELEVADO RISCO (cm)
20 a 29	<0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	>0,94
30 a 39	<0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	>0,96
40 a 49	<0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1,00	>1,00
50 a 59	<0,90	0,91 a 0,98	0,97 a 1,02	>1,02

Fonte:WHO, 2003.

- Verificar e registrar os valores de níveis de glicemia capilar: verificar glicemia capilar, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) (Quadro 5), lembrando que se considera jejum a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas (vide protocolo de diabetes mellitus).

Quadro 5. Valores de glicose plasmática (em md/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos (modificado)

CATEGORIA	JEJUM	DUAS HORAS APÓS 75g DE GLICOSE	CASUAL
Glicemia normal	<100	<140	-
Tolerância a glicose diminuída	>100 a <126	≥140 a <200	-
Diabetes Mellitus	≥126	≥200	≥200 + Poliúria, Polidipsia, Polifagia e perda de peso

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

- Verificar e registrar os valores da Pressão Arterial (PA): aferir a PA, conforme as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) (quadro 6), atentando-se para o efeito do avental branco devido às peculiaridades da população masculina (vide protocolo de HAS).

Quadro 6. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para homens maiores de 18 anos (modificado)

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA	PRESSÃO DIASTÓLICA
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limitrofe	130 - 139	85 - 90
Hipertensão Estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão Estágio II	160 - 179	100 - 109
Hipertensão Estágio III	≥180	≥110

Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
-------------------------------	------------	--------

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

- **Verificar e registrar outros sinais vitais:** temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória.

Devido à relevância clínica da dor para manter a homeostase do indivíduo, juntamente com os dados epidemiológicos que evidenciam que a dor aguda representa uma das principais causas de busca por serviços de saúde entre a população masculina, recomenda-se realizar a mensuração da dor utilizando a Escala Visual Analógica (EVA). Na EVA de dor, o valor 0 (zero) corresponde à classificação “Sem Dor” e o 10 (dez), à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável), conforme quadro 7 (CONTRERAS et al., 2010; SBED, 2009).

Exame físico geral

- **Avaliação cogniscente:** realizar Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e avaliar se o homem faz uso de substâncias psicoativas (vide protocolo de saúde mental).

- **Hidratação e nutrição:** verificar estado de hidratação: turgor da pele, ressecamento, etc. Investigar quantidade de água e líquidos ingeridos por dia; avaliar estado nutricional, hábitos alimentares, etc.

- **Oxigenação:** cianose, perfusão tissular periférica, etc.

- **Autocuidado, abrigo, liberdade e comunicação.**

- **Amor, gregária, segurança, criatividade, aprendizagem, atenção e aceitação:**

- **Regulação térmica, hormonal, vascular, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica e crescimento celular.**

- **Sono e repouso:** verificar prática regular de exercícios e atividade física, mecânica corporal/motilidade, locomoção, recreação, lazer e participação; investigar padrão de sono, insônia.

- **Cuidador:** verificar presença e dependência de cuidador formal ou informal.

• **Inspeção e palpação da cabeça e pescoço:** observar alopecia, dentição prejudicada, presença de estomatites, saburra, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa. Avaliar características: localização, tamanho, consistência, fixação, sensibilidade dolorosa, rapidez de aumento, comprometimento de gânglios ou cadeias ganglionares da cabeça e pescoço (gânglios occipitais, gânglios auriculares anteriores e posteriores, gânglios submandibulares, gânglios submentonianos, gânglios cervicais profundos inferiores e superiores, gânglios cervicais superficiais e posteriores); avaliar alterações da pele da cabeça e pescoço (rubor, temperatura, fístulas, lesões e cicatrizes);

• **Exame torácico:** realizar 1- Inspeção (frequência respiratória, tipo, ritmo e amplitude, formato do tórax, simetria, condições da pele e rede venosa visível); 2- Palpação (estrutura osteomusculares, hipersensibilidade dolorosa, frêmito tóraco-vocal e prega cutânea); 3- Percussão (verificar padrão de normalidade ou anormalidade a percussão torácica) e, 4- Ausculta (auscultar padrão de sons pulmonares - murmúrios vesiculares e/ou ruídos adventícios);

• **Exame das mamas:** realizar a avaliação das mamas, com base na inspeção estática e dinâmica e palpação (Figura 3). Mesmo com uma porcentagem menor 1:1.000 mulheres, o câncer de mama masculino deve ser investigado, uma vez que, assim como as mulheres, os homens se enquadram em uma população de risco, a qual precisa ser reconhecida e identificada (GETHINS, 2012).

• **Exame cardíaco:** O enfermeiro deve examinar buscando respostas às seguintes questões: 1- O ritmo é regular?

2- As bulhas cardíacas estão hiperfonéticas, hipofonéticas ou desdobradas?

3- Apresenta bulhas B3 ou B4? 4- Como está a sístole e diástole? 5- Possui sopro? 6- Apresenta click e atrito? 7- Tem sopro, estalido e/ou atrito? 8- Ictus cordis palpável ou não? Com quantas polpas digitais? (PORTO, 2012).

Exame abdominal:

Inspeção estática e dinâmica (tipo de abdome, condições da pele, rede venosa, pulsações e movimentos peristálticos)

Ausculta (ruídos hidroaéreos: hipoativos ou hiperativos e sopros

arteriais)

Percussão (hepatometria, esplenometria, estômago e intestino)

Palpação superficial e profunda (verificar sinal de Blumberg, Giordano e Murphy, piparote, presença de algia à palpação, circulação colateral e características da cicatriz umbilical: posição, forma, coloração e a presença de qualquer secreção ou de qualquer abaulamento).

O examinador dever estar ciente de que a respiração no sexo masculino é, predominantemente, abdominal, enquanto no sexo feminino é mais costal (PORTO, 2012);

- **Exame genital externo masculino:** embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizarem o exame do genital externo, esse autocuidado é necessário para a prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo que tem aumentado, consideravelmente, nos últimos anos (BRASIL, 2013b).

- **Exame anal:** colocar homem na posição de Sims e verificar presença de hemorroidas, nódulos, fissuras, lesões ou ulcerações em região anal (vide protocolo de Doenças Sexualmente Transmissíveis).

- **Exame de próstata:** A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que todos os homens acima de 50 anos e os homens acima de 45 anos de pele negra, obesos ou que possuem histórico familiar de Ca de próstata sejam encaminhados para atendimento anual em centro de referência, mesmo que não apresentem sintomas específicos (BRASIL, 2013b; SBU, 2013a).

- Cabe destacar que o valor sérico da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) utilizado juntamente com o toque prostático constituem padrão ouro, ou seja, é o método mais adequado para o diagnóstico do Ca de próstata (BRASIL, 2008; 2013b).

- **Eliminações urinárias e intestinais:** verificar frequência, quantidade, consistência, cor, odor, algia e presença de sangue, muco, gordura ou grumos à eliminação urinária e/ou intestinais. • **Membros:** observar presença de edema (teste do cacifo), rede venosa visível, algia, panturrilhas livres (sinal da

bandeira), perfusão tissular periférica e presença de lesões, nódulos, ulcerações e celulites.

Exames Laboratoriais

A Sociedade Brasileira de Urologia sugere que, assim como as mulheres, os homens, também, sejam orientados desde a infância a realizarem “check-ups” anuais para promoção da saúde e prevenção de doenças(SBU, 2013b).

Consulta pré-nupcial ao homem

A Organização Mundial de Saúde (2012) considera que a infertilidade consiste na incapacidade de um casal engravidar, após um intervalo de tempo de um ano de tentativa, sem utilização dos métodos contraceptivos. Estima-se que, mundialmente, a infertilidade atinge cerca de 8 a 15% dos casais, sendo que o homem é responsável por aproximadamente 30% das causas. Assim, a consulta pré-nupcial é, extremamente, relevante, pois contribui para diagnosticar doenças ou anomalias que possam interferir na vida sexual do casal e de seus descendentes, bem como objetiva orientar a respeito dos métodos contraceptivos mais eficientes para o estilo de vida do casal(MASCARENHAS et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

Na anamnese são importantes a verificação de história de doenças pregressa com potencial de dificultar a gravidez ou má formação genética, faixa etária, vacinas, medicamentos, tratamentos médicos de infertilidade, mapeamento de anomalias genéticas na família e histórico de aborto.

Planejamento familiar

O Planejamento Familiar (PF) constitui uma rede de ações multiprofissionais que envolve orientações, procedimentos técnicos, exposição de métodos conceptivos e contraceptivos e encaminhamentos com vistas à promoção e qualidade de vida sexual e reprodutiva de mulheres, homens, adolescentes e até idosos.

Entretanto, a população masculina, ainda, participa timidamente dessas ações, pois, geralmente, devido às questões de gênero, vincula o PF apenas à

saúde sexual da mulher. Assim, cabe aos enfermeiros o desafio de conscientizar a população de que a saúde sexual e reprodutiva é um direito garantido tanto para as mulheres quanto para os homens, fazendo com que ambos sintam-se importantes e com direitos à informação e ao atendimento igualmente respeitado (BRASIL, 1996).

Existem vários tipos de métodos contraceptivos (vide Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher), sendo que a vasectomia deve ser melhor discutida entre a população masculina por ser um procedimento cirúrgico simples que interrompe a passagem dos espermatozoides do saco escrotal para o líquido ejaculado sem afetar a produção do líquido seminal, bem como o desempenho sexual do homem, pois os vasos e nervos envolvidos na ereção não são atingidos durante o procedimento (PORTO, 2012). Cabe destacar que no SUS (lei 9.263 de 1996) todo homem tem direito ao planejamento familiar para limitação ou aumento do número de filhos de acordo com sua vontade, a de sua esposa ou do próprio casal. Tal direito garante seu acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade, sendo que a esterilização voluntária cirúrgica masculina (vasectomia) é recomendada, apenas, para homens com mais de 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos e, caso seja casado, com o consentimento da parceira (BRASIL, 1997, 2013e).

Consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem

Mesmo após o movimento feminista, por questões de gênero, infelizmente grande parcela das mulheres e dos profissionais de saúde possui limitações em considerar que os homens, também, “ficam grávidos” juntamente com suas parceiras.

Todavia um importante estudo evidenciou que 94% dos homens gostariam de participar das consultas de pré-natal, referindo intenso sentimento de frustração ao verem negado o legítimo direito a essa participação. A investigação ainda trouxe à tona um importante achado: os profissionais que atendem pré-natal no SUS ainda desconhecem que, na maioria das vezes, considerar o parceiro como parte ativa do processo de atenção pré-natal traz relevantes resultados na adesão da gestante ao pré-natal, amamentação e às intervenções de enfermagem (DUARTE, 2007).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem estimulado a participação do

homem nas consultas de pré-natal, reforçando a importância de acolher e aproveitar a oportunidade para encaminhar o homem para os demais serviços de saúde oferecidos pela UBS (BRASIL, 2013c). Em consonância, o Ministério em 2011 instituiu a Rede Cegonha: programa que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. A Rede Cegonha prevê ainda incentivar o homem a participar de todos os momentos de seu filho, estimulando a formação de vínculos entre todos os membros da família (BRASIL, 2013d).

Concomitantemente, o Ministério, também, lançou a campanha intitulada “Pai: uma nova vida precisa de você” com o objetivo de engajar os homens no acompanhamento da gestação e do parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, possibilitando a todos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis na família (BRASIL, 2013).

Ainda, a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, estabelece que todos serviços de saúde do SUS, da rede privada ou conveniada, são obrigados a permitir ao pai o direito de acompanhar sua parceira durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto.

Considerações finais

A consulta de enfermagem, prerrogativa do enfermeiro, representa um importante instrumento capaz de possibilitar ao enfermeiro conhecer o indivíduo, família e comunidade sob seus cuidados, subsidiando um atendimento contínuo, integral e sistematizado, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar, por meio de diagnósticos e intervenções de enfermagem (COFEN, 2009). O cuidado do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem em andrologia na ABS, possivelmente aproximará o homem dos serviços de saúde, refletindo na conscientização de sua vulnerabilidade social e em saúde, na adesão à terapêutica, no tempo de restabelecimento de sua saúde, na redução do custo final da assistência e, conseqüentemente, nos alarmantes índices epidemiológicos da população masculina.

O Quadro 8 elenca algumas estratégias que certamente contribuirão para aproximar a população masculina das Unidades Básicas de Saúde e para que os serviços assistenciais possam se organizar com o intuito de proporcionar, de maneira satisfatória, intervenções preventivas, atividades de educação em

saúde e educação permanente e assistência clínica específica para esse grupo populacional, trilhando um caminho que, fundamentado no enfoque de gênero, seguramente fornecerá elementos para o país modificar positivamente, de forma sistemática e de maneira acelerada, seus índices de morbimortalidade e aspectos socioculturais em andrologia.

Quadro 8. Intervenções que podem contribuir para aproximar os homens dos serviços de saúde.

- Articular de modo transversal a PNAISH com as demais políticas públicas de saúde do SUS.
- Colaborar para a ruptura da cultura da masculinidade hegemônica.
- Conscientizar o homem de sua vulnerabilidade social e de saúde.
- Encorajar o homem a realizar rotineiramente as consultas e exames necessários; - Investir no Programa Saúde nas Escolas (PSE) com vistas a acolher o público masculino e romper com a cultura de invulnerabilidade desde a primeira adolescência.
- Utilizar a escola (PSE), enquanto equipamento social e formador de opinião, como espaço para discutir os principais tópicos concernentes à morbimortalidade masculina: prevenção de violência e acidentes, doenças cardiovasculares, tabagismo e obesidade.
- Realizar ações em saúde em comemoração ao dia internacional do homem (19 de novembro); obs.: No Brasil, desde 1992, de forma não oficial, o Dia do Homem é comemorado em 15 de julho.
- Associar a estética das Unidades Básicas de Saúde tanto para o universo masculino quanto para o feminino.
- Incentivar a participação do homem nas consultas de pré-natal, ginecológica, obstétrica, pediátrica e hebiátrica.
- Promover com os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao cuidado, numa perspectiva de gênero.
- Estimular o homem a fazer parte (vivenciar) a gravidez, puerpério e amamentação. - Incentivar a participação dos pais no pré-natal, parto e pós-parto e dar a eles tarefas significativas, como cortar o cordão umbilical e/ou dar o primeiro banho
- Dar visibilidade ao tema do cuidado paterno, incluindo-o nas diferentes atividades educativas realizadas pela unidade, como: contracepção, pré-natal, aleitamento, grupos de adolescentes, pais e idosos.

- Divulgar o direito dos homens de acompanharem o parto de suas parceiras.
- Valorizar projetos de acolhimento ao homem nos serviços de saúde.
- Conscientizar o homem da importância de valorizar as práticas preventivas.
- Facilitar a presença dos pais nas enfermarias de observação, acompanhando seus filhos.
- Capacitar, técnica e cientificamente, os profissionais de saúde para atendimento ao homem.
- Fortalecer as ações de busca ativa do homem.
- Fornecer orientações acerca do funcionamento e estrutura do SUS.
- Orientar e discutir o tempo da licença paternidade.
- Orientar os profissionais de saúde a destinarem maior tempo aos homens durante as consultas.
- Corresponsabilizar os homens do seu autocuidado e do seu papel de cuidador.
- Orientar a população masculina acerca dos riscos da cultura da automedicação.
- Aprimorar o raciocínio clínico e crítico dos profissionais de saúde a atender integralmente à saúde do homem, não focando apenas nas queixas e patologias.
- Instituir projetos de busca aos homens que ficam do lado de fora das UBS à espera de suas parceiras.
- Incentivar a qualificação de profissionais com especialidade em andrologia.
- Incluir a temática saúde do homem nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.
- Estabelecer estratégias de acolhimento específicas ao homem durante as ações de educação em saúde.
- Investir em políticas de educação continuada acerca da temática saúde do homem.
- Buscar metodologias de ensino-aprendizagem nas atividades educativas que atraem o público masculino.
- Fortalecer campanhas educativas e de sensibilização que abarcam as

singularidades masculinas.

- Qualificar os profissionais de saúde sobre identidade de gênero e orientação sexual durante o cuidado.
- Conscientizar os homens de que são potenciais cuidadores e usuários dos serviços de saúde.
- Oferecer horários alternativos para o atendimento ao homem.
- Instituir nos serviços de saúde consultas em andrologia.
- Promover junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidado e metodologias para trabalho com homens.
- Estabelecer parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social.
- Discutir entre os profissionais de saúde a política de acolhimento à população LGBT.
- Criar táticas de aproximação de locais nos quais há maior número de homens, como obras, empresas de grande porte, etc.
- Comemorar o dia dos pais, aproveitando para encaminhá-los à consulta andrológica.
- Qualificar os Agentes Comunitários de Saúde para lidarem com o público masculino.
- Propiciar maior visibilidade aos homens durante as visitas domiciliares.
- Convidar os homens utilizando estratégias pedagógicas voltadas ao imaginário masculino para participarem dos programas já instituídos nas unidades de saúde.
- Criar programas específicos para a população masculina, como: grupo de tabagismo, etilismo, sexualidade humana, drogadição, etc.
- Incitar projetos que atendam os homens quando os mesmos são acompanhantes de usuários nas UBS.
- Acompanhar e planejar ações voltadas para a inserção do parceiro/acompanhante nas rotinas dos serviços de pré-natal, parto e puerpério ofertados nas linhas de

cuidado preconizadas pela Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Trabalhar de forma multiprofissional buscando encaminhar os homens com casos que necessitem de outra abordagem profissional.
- Organizar momentos de qualificação multiprofissional para lidarem com estratégias pedagógicas, como: tecnologia de grupo, terapia comunitária, problematização, etc.
- Disponibilizar insumos, equipamentos e materiais educativos voltados para a população masculina.
- Fortalecer as campanhas educativas de segurança no trânsito para conscientização da vulnerabilidade do homem.
- Incentivar os gestores de saúde e grupos de pesquisa/extensão a elaborarem projetos de pesquisa e extensão voltados para a andrologia.
- Investir em qualificação profissional de todos os atores das UBS sobre a saúde do homem.

Finalmente, acredita-se que este documento será de importância fundamental não somente para os enfermeiros, mas também para todos os profissionais do SUS de todo o país, pois identifica as principais estratégias para sistematizar a assistência e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e serviços de assistência integral à saúde, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade e a melhoria das condições de saúde dos homens de 20 a 59 anos de idade do Brasil.



SANTA CASA
de Misericórdia de
São Bernardo do Campo

3.

Protocolos de Enfermagem e Procedimentos



Propostos pelo COFEN e conselhos regionais, que norteiam a atuação do enfermeiro na APS.



SALA DE VACINA:

Rotinas de administração, conservação e fluxos de imunização conforme calendário 2024, ex: Meningo (ACWY).



ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Triagem de demandas espontâneas.



CURATIVOS E MANEJO DE FERIDAS:

Abordagem de lesões, pé diabético e úlceras.



SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), inserção de DIU, coleta de preventivo.



CUIDADO
INTEGRAL



ATENÇÃO
HUMANIZADA



SEGURANÇA
DO PACIENTE



QUALIDADE E
RESULTADOS

**COMPROMISSO
COM A VIDA.**
CUIDADO QUE TRANSFORMA.

3. Protocolos de Enfermagem e Procedimentos

A Irmandade Santa Casa de São Bernardo do Campo adotará protocolos de enfermagem e procedimentos assistenciais fundamentados nas diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), do Ministério da Saúde e das normas técnicas aplicáveis à Atenção Primária à Saúde. Esses protocolos terão como finalidade padronizar as práticas assistenciais, fortalecer a autonomia técnica dos enfermeiros, promover a segurança do paciente e assegurar a qualidade, resolutividade e uniformidade dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de enfermagem.

Os protocolos apoiarão a atuação clínica dos profissionais, contribuindo para a organização dos fluxos assistenciais, redução da variabilidade das condutas e fortalecimento da assistência multiprofissional, contemplando as seguintes áreas:

- **Sala de Vacina:** protocolo destinado à organização das rotinas de imunização, contemplando conservação dos imunobiológicos, rede de frio, administração segura das vacinas, monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação, registros nos sistemas oficiais e observância do Calendário Nacional de Vacinação vigente.

- **Acolhimento e Classificação de Risco:** protocolo voltado à organização do atendimento das demandas espontâneas, contemplando acolhimento, escuta qualificada, classificação de risco, definição da oferta de cuidado, priorização clínica e encaminhamento conforme os fluxos assistenciais estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

- **Curativos e Manejo de Feridas:** protocolo destinado à avaliação, classificação e tratamento das lesões, contemplando feridas agudas e crônicas, pé diabético, úlceras por pressão, lesões vasculares, orientações para prevenção de complicações e acompanhamento da evolução clínica.

- **Saúde Sexual e Reprodutiva:** protocolo voltado à assistência integral em saúde sexual e reprodutiva, contemplando aconselhamento, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), coleta do exame citopatológico do colo do útero, inserção de dispositivo intrauterino (DIU), planejamento reprodutivo e acompanhamento das usuárias conforme os protocolos clínicos

vigentes.

Ao final deste capítulo, são apresentados os respectivos Protocolos de Enfermagem e Procedimentos Assistenciais que subsidiarão a atuação dos profissionais de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde, sendo revisados periodicamente conforme atualização das normativas do COFEN, do Ministério da Saúde e das necessidades assistenciais identificadas durante a execução contratual.



SALA DE VACINA: ROTINAS DE ADMINISTRAÇÃO, CONSERVAÇÃO E FLUXO DE IMUNIZAÇÃO

Apresentação

A Sala de Vacina constitui um ambiente estratégico da Atenção Primária à Saúde, responsável pela execução das ações de imunização previstas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Seu funcionamento deve assegurar a manutenção da qualidade dos imunobiológicos, a segurança do usuário, a rastreabilidade das vacinas administradas e o cumprimento das normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

As atividades desenvolvidas na Sala de Vacina envolvem o recebimento, armazenamento, conservação, preparo, administração e registro dos imunobiológicos, além do monitoramento dos eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI), educação em saúde e vigilância das coberturas vacinais.

A equipe de enfermagem é responsável pela organização dos processos de trabalho, garantindo que todas as etapas ocorram dentro dos padrões de qualidade, biossegurança e segurança do paciente.

Objetivo

Padronizar as rotinas assistenciais e operacionais da Sala de Vacina, assegurando a conservação adequada dos imunobiológicos, a administração segura das vacinas, o correto registro das informações e a qualidade das ações de imunização desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Rotinas Administrativas da Sala de Vacina

A organização da Sala de Vacina deverá contemplar planejamento diário das atividades, controle permanente dos imunobiológicos, gerenciamento dos insumos, monitoramento da rede de frio e atualização dos registros administrativos.

Compete à equipe responsável:

- Organizar a abertura e o encerramento diário da sala.
- Verificar as condições de funcionamento dos equipamentos.
- Conferir diariamente o estoque de vacinas, diluentes e insumos.

- Controlar validade dos imunobiológicos.
- Aplicar o sistema **PEPS (Primeiro que Expira, Primeiro que Sai)**.
- Registrar entradas e saídas dos imunobiológicos.
- Monitorar perdas físicas, técnicas e por quebra da cadeia de frio.
- Solicitar reposição de estoque em tempo oportuno.
- Manter limpeza, organização e identificação dos materiais.
- Atualizar os sistemas oficiais de informação.
- Elaborar relatórios mensais de consumo e cobertura vacinal.

Conservação dos Imunobiológicos

A manutenção da potência imunológica depende da conservação adequada durante todas as etapas da cadeia de frio.

Os imunobiológicos deverão permanecer armazenados entre **+2°C e +8°C**, sendo recomendada temperatura ideal próxima de **+5°C**, conforme Manual da Rede de Frio.

As vacinas deverão permanecer exclusivamente em câmaras refrigeradas destinadas aos imunobiológicos.

É proibido armazenar:

- alimentos;
- bebidas;
- medicamentos;
- reagentes laboratoriais;
- materiais biológicos;
- objetos pessoais.

Os imunobiológicos deverão permanecer em suas embalagens originais, devidamente identificados e organizados conforme orientação do fabricante e do Programa Nacional de Imunizações.

Vacinas sensíveis ao congelamento deverão permanecer afastadas das áreas com maior risco de formação de gelo.

Vacinas sensíveis à luz deverão permanecer protegidas da iluminação direta.

Monitoramento da Temperatura

A temperatura deverá ser monitorada continuamente.

Devem ser realizadas:

- conferência da temperatura no início do expediente;
- conferência no encerramento das atividades;
- monitoramento contínuo por equipamento eletrônico quando disponível;
- registro em mapa diário de temperatura;
- comunicação imediata de qualquer desvio.

Sempre que ocorrer temperatura fora da faixa recomendada, todos os imunobiológicos deverão permanecer segregados até avaliação técnica da Rede de Frio.

Nenhum imunobiológico deverá ser utilizado antes da liberação técnica.

Organização do Estoque

O estoque deverá permanecer organizado por:

- tipo de vacina;
- lote;
- prazo de validade;
- apresentação;
- fabricante.

A distribuição deverá facilitar o controle visual e evitar perdas por vencimento.

As vacinas com menor prazo de validade deverão permanecer na parte frontal do equipamento.

Rotina para Recebimento de Vacinas

No recebimento dos imunobiológicos deverão ser verificados:

- integridade das embalagens;
- temperatura de transporte;
- quantidade recebida;
- lote;
- validade;
- identificação do fornecedor;
- condições do transporte.

Após conferência, os imunobiológicos deverão ser imediatamente acondicionados na câmara refrigerada.

Preparo e Administração das Vacinas

Antes da administração deverão ser observados os seguintes cuidados:

- confirmação da identidade do usuário;
- avaliação da situação vacinal;
- investigação de contraindicações e precauções;
- conferência da vacina;
- conferência do lote;
- conferência da validade;
- conferência da dose;
- conferência da via de administração;
- conferência do local anatômico;
- conferência do intervalo recomendado entre doses.

A administração deverá seguir rigorosamente as recomendações do Programa Nacional de Imunizações.

Fluxo Assistencial da Imunização

O atendimento na Sala de Vacina deverá obedecer ao seguinte fluxo:

FLUXO ASSISTENCIAL DA IMUNIZAÇÃO

Segurança, Qualidade e Proteção para Todos



VACINAR É PROTEGER VIDAS!

A vacina é segura, eficaz e salva vidas. Procure a unidade de saúde e mantenha sua vacinação em dia!



Registro da Vacinação

Após cada administração deverão ser registrados:

- vacina administrada;
- dose;
- lote;
- fabricante;
- validade;
- via de administração;
- local anatômico;
- data;
- nome e identificação do profissional;
- unidade de saúde;
- sistema oficial de informação.

Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)

Todo evento adverso deverá ser acolhido, avaliado, registrado, investigado e notificado conforme protocolos do Ministério da Saúde.

Os usuários deverão receber orientações quanto aos eventos esperados e sinais de alerta que indiquem necessidade de retorno imediato à unidade de saúde.

Biossegurança

A equipe deverá cumprir rigorosamente as normas de biossegurança, incluindo:

- higiene das mãos;
- uso de Equipamentos de Proteção Individual;
- técnica asséptica;
- descarte adequado de perfurocortantes;
- gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde;
- limpeza e desinfecção das superfícies e equipamentos.

Educação em Saúde

As ações educativas deverão contemplar:

- importância da vacinação ao longo do ciclo de vida;
- esclarecimento de dúvidas;
- combate à hesitação vacinal;
- atualização do calendário vacinal;
- orientação sobre possíveis eventos adversos;
- importância do retorno para doses subsequentes.

Indicadores de Qualidade

A qualidade da Sala de Vacina deverá ser monitorada por meio de indicadores como:

- cobertura vacinal por faixa etária;
- taxa de abandono dos esquemas vacinais;
- percentual de perdas técnicas;
- percentual de perdas físicas;
- percentual de imunobiológicos vencidos;
- conformidade da temperatura da rede de frio;
- número de ESAVI notificados;
- tempo de reposição de estoque;
- disponibilidade de imunobiológicos;
- percentual de registros realizados oportunamente nos sistemas oficiais.



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA (0 A 9 ANOS) • 2026



Proteção para cada fase da vida. Vacinar é cuidar do presente e proteger o futuro.

IDADE	VACINAS	DOSE / VIA / LOCAL PRINCIPAL
AO NASCER 	BCG (ID) Hepatite B	• Dose única / Intradérmica / Região deltoide direita • Dose única / Intramuscular / Coxa (vasto lateral)
2 MESES 	Pentavalente (DTP/Hib/HepB) Poliomielite Inativada (VIP) Pneumocócica 10 valente (conjugada) Rotavírus Humano	• 1ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 1ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 1ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 1ª dose / Oral / Via oral
3 MESES 	Meningocócica C (conjugada)	• 1ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral)
4 MESES 	Pentavalente (DTP/Hib/HepB) Poliomielite Inativada (VIP) Pneumocócica 10 valente (conjugada) Rotavírus Humano	• 2ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 2ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 2ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 2ª dose / Oral / Via oral
5 MESES 	Meningocócica C (conjugada)	• 2ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral)
6 MESES 	Pentavalente (DTP/Hib/HepB) Poliomielite Inativada (VIP)	• 3ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 3ª dose / Intramuscular / Coxa (vasto lateral)
9 MESES 	Febre Amarela (atenuada)	• Dose única / Subcutânea / Região deltoide
12 MESES 	Triplíce Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) Pneumocócica 10 valente (conjugada) – reforço Meningocócica ACWY (conjugada) – reforço	• 1ª dose / Subcutânea / Região deltoide • Reforço / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • Reforço / Intramuscular / Coxa (vasto lateral)
15 MESES 	Difteria, Tétano e Pertussis (tríplice bacteriana) Poliomielite Oral (VOP) Hepatite A (atenuada) Tetraviral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela)	• Reforço / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • Reforço / Oral / Via oral • Dose única / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • 1ª dose / Subcutânea / Região deltoide
4 ANOS 	Difteria, Tétano e Pertussis (tríplice bacteriana) – reforço Poliomielite Oral (VOP) – reforço Varicela (atenuada) Febre Amarela (atenuada) *	• Reforço / Intramuscular / Coxa (vasto lateral) • Reforço / Oral / Via oral • Dose única / Subcutânea / Região deltoide • Dose única / Subcutânea / Região deltoide *Quando indicada conforme situação epidemiológica.

ATUALIZAÇÃO DE ESQUEMA VACINAL (CATCH-UP)

Crianças e adolescentes de 0 a 9 anos com doses em atraso devem ser vacinados conforme a necessidade, respeitando os intervalos mínimos entre as doses e a idade da criança.



ESQUEMA EM ATRASO

A criança deve receber as doses que não foram aplicadas.



INTERVALOS MÍNIMOS

Seguir os intervalos mínimos entre as doses recomendados pelo PNI.



NÃO REINICIAR ESQUEMAS

Doses já realizadas não precisam ser repetidas.



REGISTRO ADEQUADO

Registrar todas as doses no SIPNI e no Cartão de Vacinação.

IMPORTANTE

Levar sempre o Cartão de Vacinação em todas as consultas e visitas à unidade de saúde.



LEGENDA – VIAS DE ADMINISTRAÇÃO



IM – Intramuscular



SC – Subcutânea



ID – Intradérmica



VO – Via Oral

OBSERVAÇÃO

Este calendário poderá ser atualizado de acordo com recomendações do Ministério da Saúde.

PNI
PROGRAMA NACIONAL
DE IMUNIZAÇÕES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO ADOLESCENTE 2026

PROTEGER HOJE
PARA VIVER
O AMANHÃ!



VACINAR É UM ATO
DE CUIDADO E PROTEÇÃO
PARA TODA A VIDA.



MANTENHA SUA CADERNETA
ATUALIZADA E COMPLETE
SEU ESQUEMA VACINAL.



TODAS AS VACINAS
DISPONÍVEIS NO SUS
SÃO SEGURAS E EFICAZES.

VACINA	PARA QUEM	ESQUEMA 2026	VIA / DOSE	PROTEGE CONTRA
 HPV (Papilomavírus Humano)	- Meninas e meninos de 9 a 14 anos - Pessoas de 15 a 19 anos não vacinadas	2 doses (0 e 6 meses) * Imunossuprimidos: 3 doses (0, 2 e 6 meses)	- Intramuscular 0,5 mL	Infecções por HPV e cânceres relacionados (colo do útero, ânus, pênis, vagina, vulva, orofaringe, entre outros).
 Meningocócica ACWY (conjugada)	- Adolescentes de 11 a 14 anos - Pessoas de 15 a 19 anos não vacinadas	Dose única ou reforço conforme situação vacinal	- Intramuscular 0,5 mL	Doenças graves causadas pelas bactérias meningococo dos sorogrupos A, C, W e Y (meningite e seps).
 Dengue (quando indicada)	- Adolescentes de 10 a 14 anos - Respeitar áreas prioritárias conforme critérios do MS	2 doses (0 e 3 meses) * Apenas para quem já teve dengue ou conforme definição do Ministério da Saúde.	- Subcutânea 0,5 mL	Dengue causada pelos 4 sorotipos do vírus da dengue.
 dT (difteria e tétano)	- Adolescentes a partir de 7 anos - Reforço a cada 10 anos	Dose de reforço a cada 10 anos	- Intramuscular 0,5 mL	Difteria e tétano.
 Hepatite B	Adolescentes até 19 anos não vacinados ou com esquema incompleto	3 doses (0 – 1 – 6 meses)	- Intramuscular 0,5 mL	Hepatite B e suas complicações como cirrose e câncer do fígado.
 Febre Amarela	- Adolescentes a partir de 9 meses de idade - Conforme recomendação para a área de residência ou viagem	Dose única (com reforço a cada 10 anos somente para áreas de risco)	- Subcutânea 0,5 mL	Febre amarela.
 Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	Adolescentes até 29 anos não vacinados ou com esquema incompleto	2 doses (com intervalo mínimo de 30 dias)	- Subcutânea 0,5 mL	Sarampo, caxumba e rubéola.
 COVID-19 (conforme recomendações vigentes)	Adolescentes conforme grupos prioritários definidos pelo MS e conforme vacinas disponíveis	Esquema primário e doses de reforço conforme orientação do Ministério da Saúde	- Conforme tipo de vacina - Via conforme fabricante	COVID-19 e suas complicações, formas graves e óbitos.



FIQUE ATENTO!

- Leve sempre sua Caderneta de Vacinação.
- Procure a Unidade de Saúde mais próxima.
- Em caso de dúvidas, converse com o profissional de saúde.



IMPORTANTE

As vacinas do Calendário Nacional são gratuitas, seguras e disponíveis nas unidades do SUS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



VACINAS SALVAM VIDAS!



PROTEJA-SE.
PROTEJA QUEM VOCÊ AMA.



ATUALIZE SUA CADERNETA
E GARANTA SEU FUTURO
COM MAIS SAÚDE.

Em caso de reações adversas após a vacinação, procure uma unidade de saúde.



* Esquemas e recomendações podem ser atualizados. Consulte sempre as notas técnicas do Ministério da Saúde.

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI) – MS | 2026



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DO ADULTO 2026

PROTEÇÃO AO LONGO DA VIDA. CUIDAR DE VOCÊ É CUIDAR DE TODOS.



VACINA	PARA QUEM	ESQUEMA 2026	VIA / DOSE	PROTEGE CONTRA
 HEPATITE B	- Todos os adultos não vacinados - Profissionais de saúde e grupos de risco*	 3 DOSES 0 – 1 – 6 meses - Esquema acelerado: 0 – 7 – 21 dias e reforço aos 12 meses (conforme situação)	- Intramuscular 1,0 mL	Hepatite B e suas complicações como cirrose e câncer do fígado.
 dT (DIFTERIA E TÉTANO)	- Todos os adultos - Reforço a cada 10 anos	 REFORÇO 1 dose a cada 10 anos após a última dose.	- Intramuscular 0,5 mL	Difteria e tétano.
 FEBRE AMARELA	- Adultos a partir de 9 meses de idade - Pessoas que residem ou viajarão para áreas com recomendação da vacina	 DOSE ÚNICA Válida por toda a vida.	- Subcutânea 0,5 mL	Febre amarela.
 TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)	- Adultos de 20 a 59 anos não vacinados ou com esquema incompleto - Profissionais de saúde	 2 DOSES Intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.	- Subcutânea 0,5 mL	Sarampo, caxumba e rubéola.
 INFLUENZA	- Todos os adultos - Vacinação anual (recomendada especialmente para grupos prioritários)	 1 DOSE ANUAL Aplicação anual antes do período de maior circulação do vírus.	- Intramuscular 0,5 mL	Influenza (gripe) e suas formas graves e complicações.
 COVID-19	Todos os adultos conforme recomendações vigentes do Ministério da Saúde	 CONFORME RECOMENDAÇÕES VIGENTES Esquema primário e doses de reforço conforme faixa etária, condições clínicas e vacinas disponíveis.	- Intramuscular - Conforme tipo de vacina	COVID-19 e suas formas graves, internações e óbitos.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES



LEVE SEMPRE SEU CARTÃO DE VACINAÇÃO
Apresente em todas as consultas e visitas à unidade de saúde.



MANTENHA SEU ESQUEMA ATUALIZADO
Vacinas em dia garantem proteção individual e coletiva.



GRUPOS ESPECIAIS
Pessoas com condições clínicas especiais devem ser avaliadas conforme protocolos específicos.



PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE
Em caso de dúvidas, busque orientação com os profissionais de saúde.



VACINAR É UM ATO DE CUIDADO, PROTEÇÃO E SOLIDARIEDADE!
Proteja-se. Proteja sua família. Proteja sua comunidade.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

* Grupos de risco: imunossuprimidos, pessoas com HIV, hepatopatias crônicas, diabetes, doença renal crônica, transplantados, entre outros. Consulte as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI) – MS
Calendário Nacional de Vacinações 2026



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA GESTANTE 2026



PROTEGER MÃE E BEBÊ É GARANTIR UM FUTURO MAIS SAUDÁVEL.

Todas as vacinas do calendário da gestante são gratuitas e seguras.

VACINA	PARA QUEM	QUANDO VACINAR	VIA / DOSE	PROTEGE CONTRA
 dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular)	Todas as gestantes, a cada gestação, independente do histórico vacinal.	 A partir da 20ª semana de gestação, preferencialmente entre 27 e 36 semanas. Idealmente em todas as gestações, a cada nova gravidez.	 Intramuscular (IM) Dose única 0,5 mL	 Difteria, tétano e, principalmente, coqueluche no bebê nos primeiros meses de vida.
 INFLUENZA	Todas as gestantes, em qualquer trimestre.	 A qualquer momento da gestação. Dose anual (campanha geralmente entre março e maio).	 Intramuscular (IM) Dose única 0,5 mL	 Gripe (Influenza) e suas complicações graves para mãe e bebê.
 COVID-19	Todas as gestantes conforme as recomendações vigentes do Ministério da Saúde.	 Conforme situação epidemiológica e grupo prioritário definido pelo Ministério da Saúde. Esquema primário e reforços conforme recomendação vigente.	 Intramuscular (IM) Conforme tipo de vacina e esquema vigente.	 COVID-19 e suas formas graves, hospitalizações e óbitos.
 VACINA CONTRA O VÍRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO (VSR)	Gestantes a partir da 28ª semana de gestação (conforme recomendação vigente do MS).	 Entre 28 e 36 semanas de gestação. Preferencialmente antes do início do período de maior circulação do VSR (geralmente de março a agosto).	 Intramuscular (IM) Dose única 0,5 mL	 Forma grave de bronquiolite e infecções respiratórias causadas pelo Vírus Sincial Respiratório (VSR) nos primeiros meses de vida do bebê.
 HEPATITE B (QUANDO INDICADA)	Gestantes não vacinadas ou com esquema incompleto.	 A qualquer momento da gestação. Esquema: 3 doses (0 – 1 – 6 meses).	 Intramuscular (IM) 1,0 mL	 Hepatite B e suas complicações, como cirrose e câncer do fígado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES



VACINAS SEGURAS
Todas as vacinas recomendadas para gestantes são seguras para mãe e bebê.



CARTEIRA DE VACINAÇÃO
Leve sempre sua carteira de vacinação para todas as consultas.



DÚVIDAS?
Converse com o profissional de saúde sobre suas dúvidas e esclarecimentos.



PROTEÇÃO DUPLA
A vacinação da gestante protege você e seu bebê nos primeiros meses de vida.



ATENÇÃO
As recomendações podem ser atualizadas. Consulte sempre as orientações do Ministério da Saúde.



VACINAR É UM ATO DE AMOR!
Proteja-se. Proteja seu bebê.

PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE mais próxima e mantenha sua vacinação em dia!



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI) – Ministério da Saúde | Calendário Nacional de Vacinação 2026

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DO IDOSO 2026

PROTEGER É CUIDAR. VACINAR É GARANTIR MAIS SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.

✓ Todas as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação são **gratuitas** e seguras.



VACINA	PARA QUEM	ESQUEMA 2026	VIA / DOSE	PROTEGE CONTRA
 INFLUENZA (GRIPE)	 Todos os idosos a partir de 60 anos de idade.	 1 DOSE ANUAL Aplicação todos os anos, preferencialmente antes do início do outono/inverno. Campanha anual (conforme período definido pelo Ministério da Saúde).	 Intramuscular (IM) Dose única 0,5 mL	Gripe (Influenza) e suas formas graves e complicações, como pneumonia.
 COVID-19	 Todos os idosos a partir de 60 anos de idade.	 CONFORME RECOMENDAÇÕES VIGENTES - Esquema primário: conforme o tipo de vacina e histórico vacinal. - Reforços: conforme faixa etária, condições clínicas e orientação do Ministério da Saúde. Manter a vacinação em dia garante mais proteção.	 Intramuscular (IM) Conforme tipo de vacina e esquema vigente.	COVID-19 e suas formas graves, hospitalizações e óbitos.
 HEPATITE B	 Todos os idosos a partir de 60 anos de idade não vacinados ou com esquema incompleto.	 3 DOSES 1ª dose: dia 0 2ª dose: 1 mês após a 1ª dose 3ª dose: 6 meses após a 1ª dose Esquema pode variar conforme histórico vacinal.	 Intramuscular (IM) 1,0 mL por dose	Hepatite B e suas complicações, como cirrose e câncer do fígado.
 dT (DIFTERIA E TÉTANO)	 Todos os idosos a partir de 60 anos de idade.	 REFORÇO A CADA 10 ANOS Uma dose de reforço a cada 10 anos após a última dose recebida. Manter a proteção sempre em dia.	 Intramuscular (IM) 0,5 mL	Difteria e tétano.
 FEBRE AMARELA (QUANDO INDICADA)	 Idosos a partir de 60 anos que irão viajar ou residem em áreas com recomendação da vacina.	 DOSE ÚNICA Válida por toda a vida. Avaliar risco-benefício em pessoas com 60 anos ou mais (há maior risco de eventos adversos).	 Subcutânea (SC) 0,5 mL	Febre amarela e suas formas graves.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES



Leve sempre seu Cartão de Vacinação em todas as consultas e visitas à unidade de saúde.



Informe ao profissional de saúde sobre outras doenças, medicamentos e alergias.



As vacinas podem ser aplicadas na mesma visita, em locais diferentes.



Em caso de dúvidas, procure a unidade de saúde mais próxima.



Vacinar-se é um ato de cuidado consigo e com toda a comunidade.



VACINAR É PROTEGER. É VIVER MAIS E MELHOR!
Cuide de você. Cuide de todos.



EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Reações leves podem ocorrer, como dor no local, vermelhidão, febre baixa ou mal-estar. Persistindo os sintomas, procure a unidade de saúde.



As recomendações podem ser atualizadas. Consulte sempre as orientações mais recentes do Ministério da Saúde.



PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI) - MS
Calendário Nacional de Vacinação 2026

Considerações Finais

A padronização das rotinas administrativas, da conservação dos imunobiológicos e do fluxo de imunização fortalece a qualidade da assistência prestada na Sala de Vacina, assegurando a manutenção da cadeia de frio, a segurança do paciente, a rastreabilidade dos imunobiológicos e a efetividade das ações do Programa Nacional de Imunizações. O compromisso da equipe multiprofissional com as boas práticas em imunização contribui para o alcance das metas de cobertura vacinal, prevenção de doenças imunopreveníveis e fortalecimento da vigilância em saúde no âmbito da Atenção Primária.



PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS



com

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PROGRAMAÇÃO DO CUIDADO LONGITUDINAL CONFORME LINHA DE CUIDADO	5
DEMANDA ESPONTÂNEA	6
VULNERABILIDADE	8
ACOLHIMENTO	9
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	9
FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS	11
NÍVEIS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	12
PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS	13
ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR	14
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMA DE GLASGOW	14
CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS	15

PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO PACIENTES ADULTOS – SITUAÇÕES COMUNS À DEMANDA ESPONTÂNEA 16

ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO	17
CONVULSÃO	18
DIARRÉIA E / OU VÔMITOS	19
DISTÚRBIO PSIQUIÁTRICO	20
DOR DE CABEÇA	21
DOR ABDOMINAL	22
DOR ABDOMINAL – CONTINUAÇÃO	23
DOR TORÁCICA	24
EMBRIAGUEZ APARENTE	25
ENVENENAMENTO E OVERDOSE	26
ENVENENAMENTO E OVERDOSE – CONTINUAÇÃO	26
HISTÓRIA DE DIABETES NO ADULTO	28
MORDEDURA E PICADAS	29
PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	30
PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS (CONTINUAÇÃO)	31
QUEDA	32
QUEIMADURAS E EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS	33
REAÇÃO ALÉRGICA	34
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E MAL SÚBITO	35
SINAIS VITAIS E/OU SEM QUEIXAS	36
SINTOMAS GRIPAIS	37
SITUAÇÕES ESPECIAIS	38
TRAUMA ABDOMINAL	39
TRAUMA CRANIOCEFÁLICO	40
TRAUMAS DIVERSOS	41

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

ALTERAÇÃO GINECOLÓGICA/MAMARIA NO ADULTO	42
ALTERAÇÃO OCULAR NO ADULTO	43
ALTERAÇÃO RELACIONADA A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO NO ADULTO	44
ALTERAÇÃO RELACIONADA A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO NO ADULTO CONTINUAÇÃO	45
ALTERAÇÃO DE OUVIDO/NARIZ NO ADULTO	46
ALTERAÇÃO DE PELE/OU MUCOSA NO ADULTO	47
SUSPEITA DE ARBOVIROSES NO ADULTO*	48
AGRESSÃO	49
AUTOAGRESSÃO	50
CORPO ESTRANHO	51
DIARRÉIA E VÔMITOS	52
DOENÇA MENTAL	53
INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	54
DOR LOMBAR	55
DOR TESTICULAR	56
FERIDAS	57
INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS	58
PROBLEMAS DENTÁRIOS	59
ERUPÇÃO CUTÂNEA	60
PROBLEMAS EM FACE	61
PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DA <u>PEDIATRIA</u> - SITUAÇÕES COMUNS À DEMANDA ESPONTÂNEA	62
AVALIAÇÃO DO AGRAVAMENTO CLÍNICO	62
AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E OUTROS SINAIS	63
ACIDENTE NA INFÂNCIA (Queda, trauma penetrante, acidentes)	66
ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO	67
BEBÊ CHORANDO (criança abaixo ou até 01 ano de idade)	68
CONVULSÃO	69
DIARRÉIA OU VÔMITOS	70
DOR ABDOMINAL	72
DOR DE CABEÇA	73
DOR DE GARGANTA	74
DOR NÃO TRAUMÁTICA	75
DOR DE OUVIDO	76
HISTÓRIA DE DIABETES JUVENIL	77
INTOXICAÇÃO EXÓGENA / ENVENENAMENTO	78
MORDEDURA E PICADAS (de animais peçonhentos**)	80
PROBLEMAS URINÁRIOS	81
QUEIMADURA E EXPOSIÇÃO AGENTE QUÍMICO	82
QUEIXAS RESPIRATÓRIAS (História de asma, dispnéia, obstrução nasal, tosse)	84
REAÇÃO ALÉRGICA	85
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E MAL ESTAR EM CRIANÇA	86

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

SINAIS VITAIS	88
SINTOMAS DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (queixas gripais)	89
SITUAÇÕES ESPECIAIS	91
TRAUMA ABDOMINAL	92
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	93
TRAUMA OCULAR	94
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	95
AGRESSÃO	96
AUTOAGRESSÃO	97
CORPO ESTRANHO	98
DOENÇA MENTAL	99
INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	100
DOR CERVICAL	101
DOR LOMBAR	102
DOR TESTICULAR	103
FERIDAS	104
INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS	105
PROBLEMAS DENTÁRIOS	106
PROBLEMAS URINÁRIOS	107
QUEIMADURAS	108
ERUPÇÃO CUTÂNEA	109
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	110
DESENVOLVIMENTO E APROVAÇÃO	110

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

1. APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica, define a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, vínculo, humanização, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Considerando as diretrizes do Caderno Nº 28 da Atenção Básica - Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica - Volume 2 do Ministério da Saúde, que tem como objetivo ampliar a resolutividade frente à demanda espontânea utilizando como instrumento de trabalho o acolhimento, a classificação de risco, identificação de vulnerabilidades e o trabalho em equipe a fim de ajudar a organizar e a priorizar o atendimento dos casos. Reforçaremos neste instrumento processos e diretrizes com finalidade de contribuir para a melhoria contínua do acesso e da qualidade assistencial na atenção primária à saúde (APS), fortalecendo seu papel de protagonista de produção e de gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas.

A Rede de Atenção à Saúde do município de Ferraz de Vasconcelos possui 13 unidades básicas de saúde e esta organizada para atender demanda programada e demanda espontânea. O município em 2024 implementou o modelo de atendimento de UBS com horário estendido (5 unidades com funcionamento das 7h as 21h) e aos sábados (3 unidades com funcionamento das 8h as 17h), neste prisma, ampliando o acesso aos serviços de saúde com possibilidade de atendimento em horário além do habitual (horário comercial) e fortalecendo a RAS no contexto de acesso as demandas espontâneas, diminuindo a pressão por acesso na porta do Hospital Reginal de Ferraz de Vasconcelos que compoe a Rede de Urgência e Emergência (RUE) municipal.

No município de Ferraz de Vasconcelos o agendamento de consultas e procedimentos programáticos podem ser realizados diretamente no portal da saúde (sistema informatizado on-line CMDPRO) conforme a agenda pessoal e necessidade assistencial do usuário, centrando o acesso nas condições e necessidade do usuário, evitando que o usuário fique aguardando agendamento em filas e fortalecendo além do acesso, a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

2. PROGRAMAÇÃO DO CUIDADO LONGITUDINAL CONFORME LINHA DE CUIDADO

Preconiza-se o cuidado programático conforme linha de cuidado e diretrizes dos cadernos de atenção à saúde do ministério da saúde com reflexo na eficiência das metas assistências relacionadas ao financiamento da atenção básica pelo ente estadual e federal. Visando ter previsibilidade da capacidade operacional da RAS, o município preconiza que a configuração de agenda médica nas unidades da APS

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

seja a seguinte: Ginecologia (3 vagas/hora), Pediatria (3 vagas/hora) e Generalista/Clínica Médica (4 vagas/hora).

Há também planejamento estratégico na configuração das agendas médicas para atender as emergências sanitárias sazonais como Dengue, Síndromes Gripais etc., visando ampliar o acesso na APS e otimizar os recursos da RAS municipal.

PRÉ-NATAL

- ✓ Realizar abertura do pré-natal + Teste Rápido. Realizar consulta odontológica e solicitar exames do 1º trimestre e agendar retorno intercalando consulta médica e de enfermagem.
- ✓ **Até 28ª semana de gestação** – manter **consultas mensais**, solicitar e avaliar exames do 2º trimestre e manter monitoramento das gestantes. Administrar a **vacina dTpa** entre **20º e 28ª semana** de gestação.
- ✓ **Da 28ª até a 36ª semana de gestação** – manter **consultas quinzenais**, solicitar e avaliar exames do 3º trimestre e manter monitoramento da gestante. Dar ciência e assinar o **termo de direito ao acompanhante no parto e agendar visita na maternidade**.
- ✓ **Da 36ª até a 41ª semana de gestação** – manter **consultas semanais**, avaliar exame de **Streptococcus** e manter monitoramento das gestantes.

PUERICULTURA

- ✓ **1º ano de Vida** – Até 7 consultas, sendo na 1ª semana de vida, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês).

PAPANICOLAU

- ✓ Realizar exame de **citologia oncológica (Papanicolau)** a cada **3 anos** para todas as mulheres de **25 a 64 anos**;

HIPERTENSÃO ARTERIAL

- ✓ Realizar **semestralmente** ao menos **1 consulta médica** acompanhada de uma **aferição de pressão arterial**.

DIABETES MELLITUS

- ✓ Realizar **semestralmente** ao menos **1 consulta médica** acompanhada de um **exame de hemoglobina glicada**.

3. DEMANDA ESPONTÂNEA

O atendimento à demanda espontânea envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica.

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades.

Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um controlador de acesso, porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes.

Partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. Nas situações em que avaliação e definição de oferta(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja ofertando um agendamento, uma orientação ou uma intervenção. Em parte dos serviços, há um espaço físico especificamente para essa escuta – a sala de acolhimento. Porém, como acolhimento é um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos.

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade. No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

1. Usuários com atividades agendadas (consultas, grupos, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina) devem ser acolhidos de forma humanizada e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção.
2. Perante as demandas que surgem espontaneamente, (sem agendamento prévio) os profissionais de saúde devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidades), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.
3. No que se refere à definição de intervenções, segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade), em:
 - a. **“Não Agudo” (Não apresenta queixa clínica).** São intervenções programadas Ex. Troca de Receitas e Encaminhamentos, Agendamento de consulta programática etc.; havendo vaga disponível no dia deve-se oportunizar o acesso.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

- b. **Demanda “Não Aguda”** deve-se realizar o agendamento de consultas e grupos educativos conforme necessidade assistencial, assim fortalecendo a longitudinalidade e integralidade do cuidado e evita que o usuário fique aguardando novo atendimento na recepção da unidade. Havendo vaga disponível no dia deve-se oportunizar o acesso.
- c. **“Agudo” (Apresenta queixa clínica.** Necessita de atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade.
- d. **Demanda “Aguda”** deve-se utilizar as vagas de encaixe previamente programadas nas agendas e/ou oportunizar o acesso das vagas de absenteísmo, caso estas vagas estejam suprimidas o profissional deve discutir o caso com médico para realizar o encaixe e até em última hipótese remarcar um paciente da agenda e garantir o acesso da demanda aguda.

4. VULNERABILIDADE

Pode ser entendida como a condição de risco em que uma pessoa se encontra. Um conjunto de situações mais, ou menos problemáticas, que situam a pessoa numa condição de carente, necessitada, impossibilidade de responder com seus próprios recursos a dada demanda que a afeta.

Carneiro e Veiga (2004) definem vulnerabilidade como exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios que se defrontam. Por um lado, os riscos estão associados com situações próprias do ciclo de vida das pessoas, condições familiares, da comunidade e do ambiente.

O conhecimento das vulnerabilidades e as elaborações feitas pelo profissional de saúde e usuário, durante o processo de aconselhamento, podem iniciar a construção de uma proposta de prevenção e cuidado que seja, realmente, eficaz para a pessoa que está sendo atendida.

A abordagem das condições de vulnerabilidade amplia a atuação em saúde e gera reflexões que podem ser úteis inclusive para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades do conjunto de pessoas que são atendidas dentro de determinado espaço comunitário. Desta forma, a avaliação das vulnerabilidades deve levar em conta as dimensões relativas ao indivíduo e ao local social por ele ocupado (www.aids.gov.br).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

5. ACOLHIMENTO

“Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde”. (Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização).

O acolhimento como postura e prática nas ações e gestão nas Unidades de Saúde, a partir da análise dos processos de trabalho favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.

Possibilitam também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (Humaniza SUS-2009).

O Acolhimento requer uma visão ampla e diferenciada, que implica na prestação de um serviço com resolutividade e responsabilidade, orientando quando necessário paciente e familiares em relação a outros serviços de saúde.

As possibilidades de acolhimento são muitas e o importante é que as melhorias sejam feitas com a participação de toda a equipe que trabalha no serviço.

Objetivos:

- Humanizar o atendimento;
- Organizar o serviço;
- Aperfeiçoar o atendimento;
- Proporcionar maior resolutividade;
- Estabelecer fluxo de atendimento para a demanda espontânea;
- Propiciar menor desgaste da equipe;
- Aumentar a satisfação da comunidade.

6. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é um dispositivo da PNH (Política Nacional de Humanização), uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada.

O atendimento dos usuários desde o seu acolhimento na recepção até a classificação de risco não deverá ultrapassar a quinze minutos, exceto os casos de urgência/emergência que terão atendimento imediato.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

A classificação de risco propriamente dita destina-se aos usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis, observando-se os níveis da classificação.

A classificação de risco é uma atividade privativa ao Enfermeiro, no âmbito da Equipe de Enfermagem (Resolução COFEN 423/2012), e segue os critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais da Instituição.

Segundo o documento **Reorganização do Processo de Trabalho – Acolhimento da Demanda Espontânea da Atenção Básica (SMS SP, 2015)**, a classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade possibilitam a identificação dos diferentes níveis de risco- vulnerabilidade e dos casos que requerem maior urgência. A partir desta identificação, define-se a priorização e o tipo de intervenção ou oferta do cuidado necessário, além do tempo em que isto deve ocorrer.

Objetivos:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada à Unidade, humanizando o atendimento;
- Identificar e priorizar o atendimento, encaminhando as emergências, independente da ordem de chegada e consequentemente, redução do tempo de espera para a consulta médica;
- Atender conforme fluxos e protocolos estabelecidos;
- Informar o tempo de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários, e
- Retornar informações a familiares.

Metodologia

O procedimento inicia-se com a chegada do cliente na unidade e, posteriormente efetiva-se a Avaliação e a Classificação de Risco.

Conduta de Enfermagem

- Colher a queixa principal (breve histórico relatado pelo próprio paciente ou acompanhante);
- Realizar exame físico focado na queixa;
- Verificar Sinais Vitais;
- Questionar uso de medicações;
- Questionar alergias medicamentosas ou outras e,
- Verificar glicemia capilar e realizar eletrocardiograma*, quando indicado.
- Adotar conduta inicial conforme Protocolo de Assistência de Enfermagem da SMS – PMSP. Exemplo: febre, desidratação.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

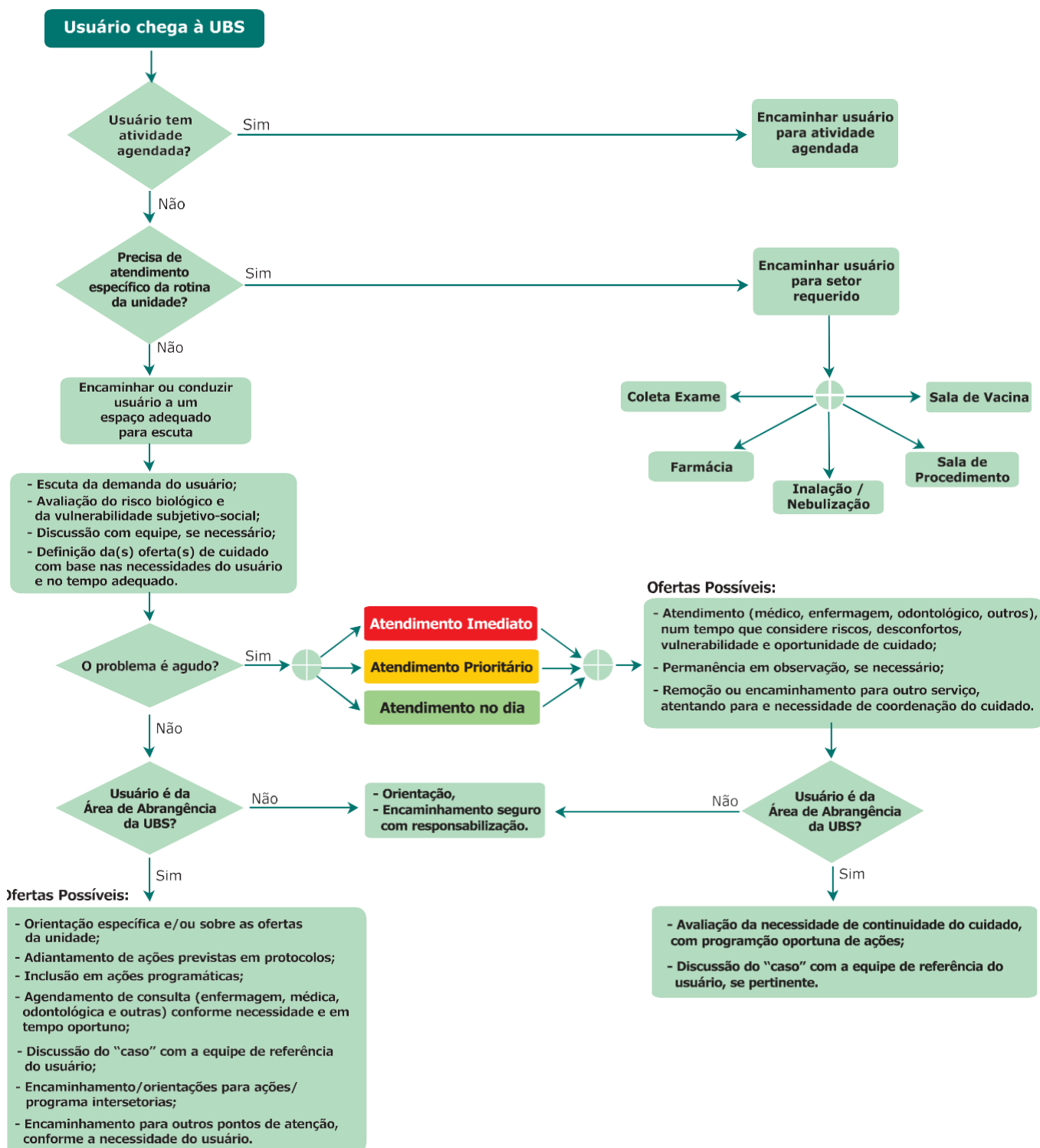
VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

- * Considerando o documento **I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002)**, todo paciente identificado com dor torácica visto na sala (serviço) de emergência deve ser submetido imediatamente a um ECG, o qual deverá ser prontamente interpretado. Na falta do ECG o médico deve ser acionado imediatamente e proceder com a contrareferência a unidade de referência da RUE.

7. FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS



PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

8. NÍVEIS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Cor / Classificação	Tipo do Atendimento na Unidade e tempos recomendados para atendimento	Prioridade
Vermelho/ Emergência	Atendimento Imediato	Prioridade I Sala de Emergência
Amarelo/Muito urgente	O mais rápido possível (até 30 minutos)	Prioridade II
Verde/Pouco urgente	Atendimento no dia (até 120 minutos)	Prioridade III
Azul/Não urgente	Atendimento poderá ser realizado na UBS, após os vermelhos, os amarelos e os verdes. O tempo de espera será maior. Até 04 horas de espera.	Prioridade IV Sem risco de morte
Fontes: - Ministério da Saúde – Cadernos da Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. Caderno n.º 28, Vol. II. 2013. - Prefeitura de São Paulo. Reorganização do Processo de Trabalho. Acolhimento à Demanda Espontânea. Atenção Básica. SMS, 2016.		

Para complementar a classificação, no verso da Ficha de Atendimento da demanda espontânea será impresso um modelo padrão de informações necessárias para a classificação de risco.

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável para o cuidado necessário, seja na própria unidade, unidade de saúde de referência ou a um cuidado programático.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

9. PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Adultos (Indivíduos acima de 12 anos)

Temperatura axilar		35,8°C a 37°C
Frequência respiratória		14 a 20 mrpm
Pulso		60 a 100 bpm
Pressão arterial	Sistólica	90 a 130 mmHg
	Diastólica	60 a 85 mmHg

O acolhimento deve incluir as seguintes informações:

- Situação/Queixa/Duração;
- Classificar a dor em intensidade pela escala de 1 a 10;
- Breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Verificação de glicemia;

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

10. ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Escala para avaliação da dor – Adultos



11. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM AVALIAÇÃO PUPILAR (ATUALIZADA EM 2018)		
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Espontâneo	4
	Ao comando verbal	3
	Pressão de abertura dos olhos	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5
	Desorientado	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA MOTORA	Ao comando	6
	Localiza dor	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Nenhuma	1
APÓS REALIZAR ECG DEVE ANALISAR A REAÇÃO PUPILAR		
AVALIAÇÃO PUPILAR (P)		
INEXISTENTE	NENHUMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ	2
PARCIAL	APENAS UMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ	1
COMPLETA	AS DUAS PUPILAS REAGEM AO ESTÍMULO DE LUZ	0
CALCULAR ECG-P: Valor da ECG - (subtrair) o Valor avaliação P (Pupilar= Valor da escala à partir da atualização de 2018		
PONTUAÇÃO MÍNIMA: 01		PONTUAÇÃO MÁXIMA: 15

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

Interpretação:

Resultado	Interpretação
15	Normalidade
11	Coma superficial
7	Coma intermediário
4	Coma profundo
3	Coma profundo – estado vegetativo

Interpretação/ condutas médicas em casos de trauma (ATLS):

Resultado	Interpretação /Conduta recomendada*
3 a 8	Trauma grave – intubação imediata*
9 a 12	Trauma moderado
13 a 15	Trauma leve

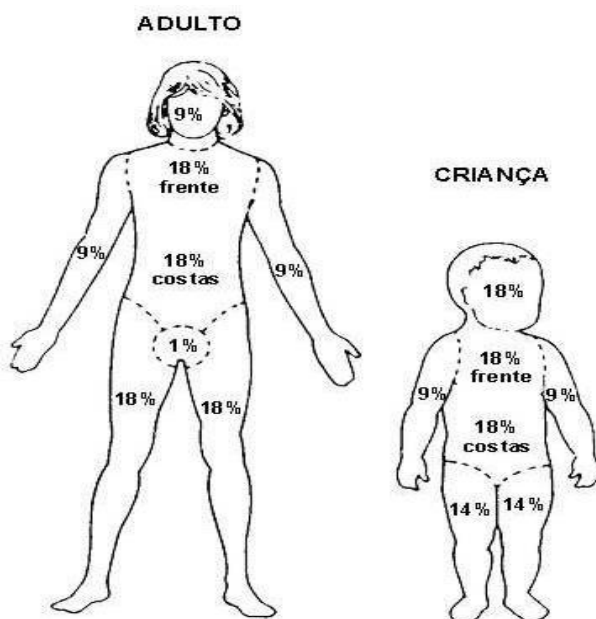
12. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

1º GRAU – Caracterizada por eritema, dor e ausência de bolhas (não são contabilizadas para estimar a SCQ)

2º GRAU – Pele vermelha rota, presença de bolhas, perda da solução de continuidade da pele, edema, extremamente dolorosas.

3º GRAU – Pele pálida, brancacenta, às vezes com transparência dos vasos (coagulados), perda da solução de continuidade da pele com exposição do tecido celular subcutâneo, ausência de dor.

SCQ: Superfície Corporal Queimada.



PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12. PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO PACIENTES ADULTOS – SITUAÇÕES COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

RESUMO DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS EM PRONTO-ATENDIMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO COM PRIORIDADE ZERO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	A presença de QUALQUER um destes sinais em qualquer situação indica atendimento médico imediato
PCR	Parada respiratória
	Parada cardiorrespiratória
TRAUMA MAIOR	Respiração agônica
	Lesão grave de únicos ou múltiplos sistemas
	Alteração do nível de consciência
	Grande queimado (VIDE CRITERIOS DE CLASSIFICAÇÃO)
	Trauma torácico e/ou abdominal com perfuração, taquidispnéia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa
	Fraturas de 2 ou mais ossos grandes / pelve (úmero, fêmur ou tíbia)
CHOQUE	Trauma de alta energia (quedas de alturas, atropelamento, colisão entre veículos, capotamento, etc) – deve ser considerado trauma maior para atendimento inicial em sala de emergência
	Hipotensão (PA sistólica $\leq$ 90mmHg)
	Taquicardia (FC $\geq$ 140bpm) ou Bradicardia (FC $\leq$ 40bpm)
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	Alteração do estado de consciência
	FR < 10 ou $\geq$ 36 irpm com incapacidade de falar
	Cianose
	Letargia e/ou confusão mental
	FC $\leq$ 40 ou $\geq$ 150bpm
COMA	Saturação O ₂ < 90%
	Escala de Glasgow $\leq$ 8
NEUROLÓGICO	Alteração / déficit neurológico repentino e / ou abrupto (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.1. ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e abrupta - Alteração / déficit neurológico repentino e / ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 30 irpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e friagem - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl ou ≥ 300mg/dl - Sinais de intoxicação por álcool ou outras substâncias - Observação do alto risco de agressão aos outros (olhos cerrados, discurso com palavras ameaçadoras, agitação motora e inquietude) - Histórico e / ou observação do alto risco de agressão (ativamente tentado se machucar)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de inconsciência ≤ 12 horas a 24 horas - Alteração / déficit neurológico súbito e / ou agudo - História psiquiátrica e / ou do uso de drogas com alteração de comportamento - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl - Observação do risco moderado de agressão aos outros (repção do comportamento ameaçador) - Comportamento conturbador que afeta o bom funcionamento do serviço	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE 2	- História de inconsciência ≤ 7 dias - Alteração / déficit neurológico recente - História psiquiátrica e / ou de uso de drogas sem alteração de comportamento - Sem observação do risco de agressão aos outros e / ou agressão	Condutas possíveis: Atendimento do paciente. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE 3	- História psiquiátrica e / ou de uso de drogas não recente - Uso de medicação controlada com necessidade de troca aceita	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.2. CONVULSÃO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Alteração / déficit neurológico repentino e / ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidezcutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Convulsionando ou primeiro episódio de convulsão ≤ 12 horas - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$ - Sinais de meningismo (rigidez de nuca, cefaleia). - Petéquias ou purpura (mancha em qualquer parte do corpo causada por hemorragia embaixo da pele) - História de trauma crânio cefálico	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Alteração / déficit neurológico súbito ou agudo - Sinais e sintomas não relacionados à queixa com suspeita de abuso e maus tratos - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl - História de convulsão ≤ 12 horas - Temperatura entre $38,5^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Alteração / déficit neurológico recente - História de convulsão no período ≥ 12 horas e ≤ 24 horas - Temperatura entre $37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - História de dor de cabeça	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Alteração / déficit neurológico não recente - Sinais vitais inalterados - História de convulsão > 24 horas	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.3. DIARRÉIA E / OU VÔMITOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Prostração e hipotonia - Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$ - Vômitos e/ou diarreias contínuos com sinais de desidratação grave (1 ou mais sinais): letargia, prostração, hipotonia, os olhos muito encovados, lágrimas ausentes, boca e língua muito seca, fontanela afundada, sinal da prega positivo (a pele volta ao estado anterior muito lento), pulso débil (enchimento capilar acima 5 segundos) - Fezes com coloração preta ou vermelha escura com sinais vitais alterados - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Fezes de coloração preta ou vermelha escura com sinais vitais normais - História de vômito com sangue - Vômito e/ou diarreia com presença de sangue - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl - Vômito e/ou diarreias persistentes com um ou mais dos sinais: inquieta, irritada, olhos encovados, lágrima ausente, boca e língua seca, sinal da prega positivo (a pele volta ao estado anterior lento), sem diurese nas últimas 12 horas - Temperatura entre $38,5^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Imunodeprimidos - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Temperatura entre $37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Mucosas úmidas e diurese normal - História diarreia não recente - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.4. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta (Considerar quadros com posturas bizarras, imobilidade à estímulos externos) - Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão - Risco imediato para si (tentativa de suicídio recente) ou para outrem - Agitação grave - Quadro confusional agudo por possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação - Vítima de violência sexual - Acompanhado pela polícia	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Inquietação decorrente de alucinação ou delírios (sinais sugestivos: falar sozinho, risos imotivados, olhar fixo, medo) - Ataques de pânico: taquicardia, sudorese e sensação de morte iminente - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl - Potencialmente agressivo - Pensamento suicida atuais e recorrentes, com acompanhante	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2/3	- Alucinação, desorientação sem agitação/inquietação - Gesticulando, mas não agitado - Sem risco imediato para si ou para outrem - Intoxicação por álcool ou drogas, sem alterações de comportamento, com sinais vitais inalterados - Intensa angústia e ansiedade decorrente de situações vividas cotidianamente ou alterações crônicas de humor	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Queixas de alterações cognitivas - Queixa de insônia - História de depressão crônica ou recorrente, sem sinais de agudização e/ou com necessidade de receita, laudo, atestado, etc. - Histórico de doença psiquiátrica com estado mental atual normal - Risco ou vulnerabilidade social - Pacientes com quadros brandos de uso contínuo de álcool e/ou outras drogas - Sinais vitais normais	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.5. DOR DE CABEÇA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Alteração / déficit neurológico repentino e / ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica < 90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Convulsionando - Perda total da visão nas últimas 24 horas sem retorno da normalidade - Sinais de meningismo (rigidez de nuca, cefaleia) - Petéquias ou sufusões (manchas causadas por hemorragia embaixo da pele) - Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$ - PA sistólica ≥ 180 mmHg com sintomatologia associada - PA diastólica ≥ 120 mmHg com sintomatologia associada - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Perda ou alteração do nível de consciência súbita ou aguda - Alteração / déficit neurológico súbito ou agudo - PA sistólica ≥ 180 mmHg com ou sem sintomatologia - PA diastólica ≥ 100 a 119 mmHg com ou sem sintomatologia - Redução recente da acuidade visual - Vômitos persistentes - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl - Temperatura entre $38,5^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Alteração / déficit neurológico recente - PA sistólica ≥ 180 mmHg a 240 mmHg sem sintomatologia - PA sistólica ≤ 179 mmHg a 119 mmHg com ou sem sintomatologia - PA diastólica ≥ 99 mmHg a 80 mmHg com ou sem sintomatologia - Temperatura entre $37,5^{\circ}\text{C}$ e $38,4^{\circ}\text{C}$ - Vômitos eventuais - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Alteração / déficit neurológico não recente - Sinais vitais inalterados - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV) * Sintomatologias associadas mais frequentes: sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, dor de cabeça, dor na nuca, tontura, visão turva, dor no peito, tosse, dispneia, náuseas, vômitos.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.6. DOR ABDOMINAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Vômitos e / ou diarreia contínuos com sinais de desidratação grave (1 ou mais sinais): letargia, prostração, hipotonia, os olhos muito encovados, lágrimas ausentes, boca e língua muito seca, fontanela afundada, sinal da prega positivo (a pele volta ao estado anterior muito lento), pulso débil (enchimento capilar acima 5 segundos) - Sangramento vaginal em gestante - Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$ - Vômitos fecalóides e/ou distensão abdominal - Fezes com coloração preta ou vermelha escura com sinais vitais alterados - Dor epigástrica (desconforto no epigástrico associado à náusea, sudorese e sensação de tonteira) - Dor irradiada para o dorso de intensidade constante ou intermitente - Dor moderada ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Atraso menstrual com sangramento vaginal - Fezes de coloração preta ou vermelha escura com sinais vitais normais - Vômitos e / ou diarreias persistentes ≥ 6 a ≤ 9 episódios /dia ou mais com sinais de desidratação (1 ou mais sinais). - Pessoa inquieta, irritada, olhos encovados, lágrima ausente, boca e língua seca, sinal da prega positivo (a pele volta ao estado anterior lento), pulso débil (enchimento capilar acima 4 segundos) - História de vômito com sangue - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl - Distensão abdominal e / ou retenção urinária - Temperatura entre $38,5^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.7. DOR ABDOMINAL – CONTINUAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Atraso menstrual sem sangramento vaginal - História de desconforto abdominal recente - Temperatura entre 37,5°C a 38,4°C - Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- História de vômitos e diarreia não recente - Sinais vitais inalterados Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.8. DOR TORÁCICA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	Pessoa não responsiva ou com alteração no nível de consciência? Apresenta comprometimento de vias aéreas? Sinais de choque? (Taquicardia, palidez, hipotensão/hipertensão, diminuição da perfusão periférica) Dispneia grave? Dor severa ou incapacitante? FC <60bpm ou >120 bpm?	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV); Vômitos? Febre >37,8 História cardíaca importante; Vômitos persistentes ou contínuos; Dor torácica súbita em repouso sem dispnéia ou tosse e espirro.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	Dor leve com outros sintomas associados? (História de vômitos eventuais, dor torácica inespecífica)	Condutas possíveis: Atendimento do dia.
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	Queixa de dor leve sem outros sintomas associados	Intervenção programada e não urgente: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.9. EMBRIAGUEZ APARENTE

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Alteração / déficit neurológico repentino e / ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Convulsionando - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Hipotermia $\leq 35^{\circ}\text{C}$ - Observação do alto risco de agressão aos outros (punhos cerrados, discurso com palavras ameaçadoras, agitação psicomotora e inquietude) - Histórico e/ou observação do alto risco de autoagressão (ativamente tentando se machucar)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Alteração / déficit neurológico agudo ou súbito - Vômitos persistentes e contínuos - Observação do risco moderado de agressão aos outros (percepção do comportamento ameaçador) - Observação do risco moderado de autoagressão (percepção do comportamento ameaçador) e sem história prévia - Comportamento conturbador que afeta o bom andamento do serviço - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Alteração / déficit neurológico recente - Sinais aparentes de embriaguez: fala arrastada, hálito alcoólico e sudorese - Sem observação do risco de agressão aos outros e/ou autoagressão	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- História de embriaguez, com sinais vitais inalterados - Alteração / déficit neurológico não recente	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.10. ENVENENAMENTO E OVERDOSE

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Alteração / déficit neurológico repentino e / ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Alteração pupilar ≤ 3 horas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Convulsionando - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Sinais de intoxicação por álcool e/ou outras substâncias - Observação do alto risco de agressão aos outros (punhos cerrados, discurso com palavras ameaçadoras, agitação psicomotora e inquietude) - Histórico e/ou observação do alto risco de autoagressão (ativamente tentando se machucar) - Saturação muito baixa (< 95 % em oxigenoterapia ou ≤ 90 % em ar ambiente) - Pulso anormal: bradicardia abaixo de 50 bpm; taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de Inconsciência súbita ou aguda - Alteração / déficit neurológica súbita ou aguda - História psiquiátrica e / ou do uso de drogas - História de convulsão súbita ou aguda - Saturação baixa (≥ 91% a ≤ 95% em ar ambiente) - Observação do risco moderado de agressão aos outros (percepção do comportamento ameaçador) - Observação do risco moderado de autoagressão (percepção do comportamento ameaçador) e sem história previa - Glicemia Capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.12. ENVENENAMENTO E OVERDOSE – CONTINUAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- História de inconsciência recente - Alteração / déficit neurológica recente - Saturação ($\geq 95\%$ em ar ambiente) - Náuseas e vômito	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- História de inconsciência não recente - Sinais vitais inalterados	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.13. HISTÓRIA DE DIABETES NO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	Glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL com sinais ou sintomas: - Cetonúria positiva - Poliúria - Polidipsia - Perda ponderal - Taquipneia - Náuseas/vômitos - Dor abdominal - Desidratação - Alteração do nível de consciência -Ao exame clínico podem estar presentes: Respiração de Kussmaul, em situações graves; Pele seca e fria, língua seca; Hipotonia dos globos oculares; Extremidades frias; Agitação; Face hiperemiada -Hipotonia muscular; Taquicardia e hipotensão arterial até o choque hipovolêmico - Glicemia capilar < 55mg/dl;	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	-Glicemia ≥ 250 mg/dL, sem outros sintomas, usualmente glicemia ≤ 600 mg/dL, e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade. - Glicemia capilar >55mg/dl e <60mg/dl com sintomatologia;	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Glicemia capilar >110mg/dl e <300 mg/dl sem sintomas; - Glicemia > 60mg/dl e <69mg/dl sem sintomatologia; - Temperatura $>37.5^{\circ}$ a $<38.4^{\circ}$C	Condutas possíveis: Atendimento do dia.
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Glicemia capilar normal 70 a 140 mg/dl - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.14. MORDEDURA E PICADAS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade. - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - História de alergia com presença de edema facial e de língua - Saturação muito baixa ($\leq 95\%$ em oxigenoterapia ou $\leq 90\%$ em ar ambiente) - Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$ - Hemorragia: sangramento visível, de grande volume e incontrollável - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Saturação baixa ($\geq 91\%$ a $\leq 95\%$ em ar ambiente) - Erupção ou vesícula generalizada - Coceira generalizada - Temperatura entre $38,5^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Saturação ($> 95\%$ em ar ambiente) - Presença de sinais flogísticos - Coceira localizada - Temperatura entre $37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.15. PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade. - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - Dor precordial ou cardíaca (dor intensa em aperto, ou sensação de peso no meio que pode apresentar irradiação para braço esquerdo ou pescoço); podendo também associar-se sudorese e náusea - Saturação muito baixa ($\leq 95\%$ em oxigenoterapia ou $\leq 90\%$ em ar ambiente) - Taquipnéia - Cianose de extremidade - Hemoptise e/ou dispneia com pressão arterial alterada - Pulso anormal: bradicardia abaixo de 50 bpm; taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular - Dificuldade de expressão verbal - Letargia e confusão mental - Exaustão respiratória - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração - História de asma grave - Dor epigástrica - Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Saturação baixa ($\geq 91\%$ a $\leq 95\%$ em ar ambiente) - Dispneia (folego curto, falta de ar súbita ou repentina) ao esforço - Tosse com dispneia - Chiadeira (sibilância audível) - Retração de fúrcula - História de asma sem melhora com uso de sua medicação habitual - Dor de garganta com febre, placas e com toxemia - Temperatura entre $38,5^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Hemoptise.	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.16. PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS – CONTINUAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Saturação > 95% em ar ambiente - Dor torácica ao tossir - Secreção nasal amarelada - Dor de garganta com febre e com placas, sem toxemia - História de chiadeira noturna - Tosse, coriza, obstrução nasal, dor de ouvido sem febre e sem toxemia - Tosse produtiva a menos de 3 semanas	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Tosse seca ou produtiva a mais de 3 semanas	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.17. QUEDA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade. - Hemorragia: sangramento visível, de grande volume e incontrolável - Fratura exposta - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Pulso anormal: bradicardia abaixo de 50 bpm; taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular - Hipotermia $\leq 35^{\circ}$ C - Convulsionando - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV) - Mecanismo de trauma significativo	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Histórico de inconsciência súbita ou aguda - Queda associada ao uso de medicação - Dispneia (folego curto, falta de ar súbita ou repentina) ao esforço - Hemorragia: sangramento visível de médio a pequeno volume e controlável - Sinais e sintomas não relacionada a queixa com suspeita de abuso e maus-tratos - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV) - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Histórico de inconsciência recente - Presença de sinais inflamação e / ou presença de sinais flogísticos - Edema e deformidades - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.18. QUEIMADURA E EXPOSIÇÃO AGENTE QUÍMICO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade. - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - Convulsionando - Edema facial e/ou edema de língua - Hiperemia e irritação ocular após contato com produto químico - Lesão por inalação após confinamento em espaço com fumaça ou aspiração de fumaça - Dispneia aguda (folego curto, falta de ar súbita ou repentina) - Saturação muito baixa ($\leq 95\%$ em oxigenoterapia ou $\leq 90\%$ em ar ambiente) Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Saturação baixa ($\geq 91\%$ a $\leq 95\%$ em ar ambiente) - Inalação de fumaça - Suspeita de abuso e maus tratos - Queimadura elétrica e química - Erupção ou vesículas disseminadas Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Saturação ($\geq 95\%$ em ar ambiente) - Presença de sinais flogísticos Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.19. REAÇÃO ALÉRGICA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade. - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - História de alergia com presença de edema facial e de língua - Pulso anormal: bradicardia abaixo de 50 bpm; taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração - Saturação muito baixa ($\leq 95\%$ em oxigenoterapia ou $\leq 90\%$ em ar ambiente) Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Saturação baixa ($\geq 91\%$ a $\leq 95\%$ em ar ambiente) - Erupção ou vesículas generalizadas - Coceira generalizada Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Saturação ($\geq 95\%$ em ar ambiente) - Presença de sinais flogísticos - Coceira localizada Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.20. REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E MAL SÚBITO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência; escala de coma de Glasgow ≤ 11 - Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Alteração/déficit neurológico repentino e / ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade. - Convulsionando - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Dor precordial (dor intensa em aperto, ou sensação de peso no meio que pode apresentar irradiação para braço esquerdo ou pescoço; podendo também associar-se sudorese e náusea) - História de alergia com presença de edema facial e de língua - Sinais de meningismo (rigidez de nuca, cefaleia) e purpura ou petéquias (erupção em qualquer parte do corpo causada por hemorragia embaixo da pele) - Temperatura $\geq 40^{\circ}$ C - Hipotermia $\leq 35^{\circ}$ C - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de trauma crânio cefálico - História de inconsciência súbita ou aguda - Alteração/ déficit neurológico súbito ou agudo - Suspeita de abuso e maus tratos - Temperatura entre $38,5^{\circ}$ C a $39,9^{\circ}$ C - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV) - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- História de inconsciência recente - Alteração/déficit neurológico recente - Temperatura entre $37,5^{\circ}$ C e $38,4^{\circ}$ C - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- História de inconsciência não recente - Alteração/ déficit neurológico não recente - Sinais vitais inalterados - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.21. SINAIS VITAIS E/OU SEM QUEIXAS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Pulso central ausente - Pulso anormal: bradicardia ≤ 50 bpm; taquicardia $\geq$ bpm 141 ou ritmo irregular - Ventilação inadequada ou oxigenação ineficaz - Frequência respiratória < 10 rpm (respiração agônica ou ruidosa) ou > 30 rpm (dispneia ou ruidosa) - PA sistólica ≥ 180 mmHg a 200 mmHg com *sintomatologia - PA sistólica ≥ 200 mmHg com ou sem *sintomatologia - PA diastólica ≥ 120 mmHg com ou sem *sintomatologia - PA sistólica < 90 mmHg e PA diastólica < 59 mmHg, com sinais de palidez acentuada, sudorese, pele fria, sudorese e síncope postural - Saturação muito baixa ($\leq 95\%$ em oxigenoterapia ou $\leq 90\%$ em ar ambiente) - Hipotermia $\leq 35^\circ\text{C}$ - Temperatura $> 41^\circ\text{C}$	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Frequência cardíaca ≤ 60 bpm ou ≥ 101 a 140 bpm - PA diastólica ≥ 100 a 119 mmHg com ou sem *sintomatologia - Saturação baixa ($\geq 91\%$ a $\leq 95\%$ em ar ambiente) - Temperatura entre $38,5^\circ\text{C}$ e $40,9^\circ\text{C}$ - Glicemia capilar ≤ 55 mg/dl ou ≥ 300 mg/dl	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Frequência cardíaca de 60 a 100 bpm - PA sistólica ≥ 180 mmHg a 240 mmHg com *sintomatologia - PA diastólica ≥ 100 a 119 mmHg com ou sem *sintomatologia - Saturação ($\geq 95\%$ em ar ambiente) - Temperatura entre $37,5^\circ\text{C}$ e $38,4^\circ\text{C}$	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sem alteração de sinais vitais - Queixas não recentes (mais de 07 dias).	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.22. SINTOMAS GRIPAIS/RESFRIADOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - Saturação muito baixa ($\leq 95\%$ em oxigenoterapia ou $\leq 90\%$ em ar ambiente) - Cianose de extremidade - Alteração súbita da consciência - Dificuldade de expressão verbal - Letargia e confusão mental - Exaustão respiratória - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração - História de asma grave - Temperatura $\geq 40^\circ\text{C}$ - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Saturação baixa ($\geq 91\%$ a $\leq 95\%$ em ar ambiente) - Dispneia (folego curto, falta de ar súbita ou repentina) ao esforço - História de viagem recente para locais endêmicos - Tosse com dispneia - Dispneia (sibilância audível) - Temperatura entre $38,5^\circ\text{C}$ e $39,9^\circ\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV) - Tosse seca ou produtiva a mais de 3 semanas (Risco de contágio em local de grande concentração de pessoas)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Tosse produtiva a menos de 3 semanas - Saturação ($> 95\%$ em ar ambiente) - Temperatura entre $37,5^\circ\text{C}$ e $38,4^\circ\text{C}$ - Dor de ouvido - Sinais de conjuntivite: sensação de ardência, sensação de corpo estranho, lacrimação, secreção amarelada e olhos vermelhos - Dor de ouvido com coceira irritante, descamações da pele do canal e presença de secreção no ouvido - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Coriza - Vermelhidão ou irritação ocular - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.23. SITUAÇÕES ESPECIAIS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pacientes escoltados. - Vítimas de abuso/violência sexual	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Pacientes impossibilitados de deambular (acamados) - Acidente ocupacional com material biológico - Indivíduos com exposição sexual consentida com necessidade de avaliação para Profilaxia contra HIV Pós Exposição (PEP) - Casos clínicos com suspeita de maus tratos	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Idade > 60 anos sem alteração - Gestantes - Mulheres com criança de colo - Pessoa com deficiência - Doenças ocultas. - Autismo. - Retorno para avaliação resultado de exame com ou sem alteração do valor de referência.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3		Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.24. TRAUMA ABDOMINAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr $\leq$ 10 e $\geq$ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Hemorragia: sangramento visível, de grande volume e incontrolável - Integridade tissular prejudicada com exposição visceral com ou sem sangramento - Pulso anormal: bradicardia abaixo de 50 bpm; taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular - Ferimento por arma de fogo - Ferimento por arma branca - Vômito com presença de sangue - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV) - Mecanismo de trauma significativo	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de inconsciência súbita ou aguda - Hemorragia: sangramento visível, de menor volume e incontrolável - Distensão abdominal - Episódios de vômito persistentes ou contínuos - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10(escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Hemorragia: sangramento visível, de menor volume controlável - Presença de sinais inflamação e / ou presença de sinais flogísticos - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.25. TRAUMA CRANIOCEFÁLICO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Perda ou alteração do nível de consciência; - Alteração/déficit neurológico repentino e/ou abrupto - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr $\leq$ 10 e $\geq$ 30 rpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Hemorragia: sangramento visível, de grande volume e incontrolável - Convulsionando - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Integridade tissular prejudicada com exposição visceral com ou sem sangramento - Ferimento por arma de fogo - Ferimento por arma branca - Sinais de fratura de crânio ou afundamento - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV) - Mecanismo de trauma significativo	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de inconsciência; Escala de coma de Glasgow ≥ 12 - Alteração/ déficit neurológico agudo ou súbito - Hemorragia: sangramento visível, de menor volume e incontrolável - Episódio de vômitos persistentes ou contínuos - Edema de deformidade - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV) - Hematoma de couro cabeludo - Suspeita de fratura - Lacerações que requerem investigação	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Alteração/déficit neurológico recente - Hemorragia: sangramento visível, de menor volume controlável - Episódios de vômito eventuais - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) - Encaminhar ao pronto atendimento ou demanda espontânea na UBS.
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Alteração/déficit neurológico não recente - Sinais vitais inalterados - Escoriações - Ferimentos que não requerem fechamento - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2026

12.26. TRAUMA DIVERSOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Perda ou alteração do nível de consciência repentina e / ou abrupta - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada; Fr ≤ 10 e ≥ 30 irpm - Sinais de choque: taquicardia acima de 141 bpm ou ritmo irregular, hipotensão PA sistólica <90 mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Hemorragia: sangramento visível, de grande volume e incontrolável - Fratura exposta - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Alteração/déficit neurológico agudo ou súbito - Dispneia (folego curto, falta de ar súbita ou repentina) ao esforço - Hemorragia: sangramento visível, de médio a pequeno volume e controlável - Dor moderada ou dor de 4 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Alteração/déficit neurológico recente - Presença de sinais inflamação e/ou presença de sinais flogísticos - Edema e deformidades - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Alteração/déficit neurológico não recente - Sinais vitais inalterados - Dor leve ou dor de 1 a 3/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.27. ALTERAÇÃO GINECOLÓGICA/MAMARIA NO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Alteração do nível de consciência abrupta/repentina - Dispneia aguda ou respiração alterada - Sinais de choque associada a taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e/ou úmida ou perfusão periférica diminuída - Sangramento vaginal ativo - Mastite com presença de abscesso - Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ ou $\leq 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de trauma vaginal - História discordante - História hematológica ou metabólica significativa associada a perda sanguínea e de possibilidade de deterioração rápida - Dor abdominal associada a sangramento vaginal com ou sem atraso menstrual - Mastite com presença de abscesso - Fissura mamilar com presença de sinais infecciosos - Ingurgitamento mamário com sinais flogísticos associado a febre - Temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $40,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Leucorréia com ou sem prurido/com ou sem odor - Relato de prurido - Presença de sangramento de escape ("Borra de Café" ou Spotting) - Atraso menstrual não associada a gestação - História de "caroço na mama" - Descarga papilar - Retração papilar - Fissura mamilar sem presença sinais de infecção - Ingurgitamento mamário acentuado - Descamação e/ou erosão e/ou aspecto de laranja - Presença de lesão e /ou verruga em região de vulva e /ou vagina - Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 $\leq$ de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor leve ou dor de 1 a 2/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV) - Evento não recente	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.28. ALTERAÇÃO OCULAR NO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Lesão ocular química ou térmica aguda - Sangramento visível de grande, médio e pequeno volume - Presença de corpo estranho no local - Perda total da visão aguda em um ou ambos os olhos - Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ ou Temperatura $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Redução aguda da acuidade visual - Edema e/ou deformidade e/ou hematoma - Suspeita de trauma - História discordante - Temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $40,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Congestão ocular com secreção purulenta ou mucopurulenta - Vermelhidão ocular, sensação de ardência, sensação de corpo estranho, lacrimejamento excessivo, prurido e/ou secreção amarelada - Suspeita de Conjuntivite; - Pálpebras emaranhadas ao acordar - Visão turva/embaçada - Fotofobia - Diplopia (visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado) - Prurido intenso - Redução recente da acuidade visual - Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Redução não recente da acuidade visual (acima de 7 dias); - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 ≥ 7 dias (escala numérica/face/EDV) - Evento não recente	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.29. ALTERAÇÃO RELACIONADA A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO NO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO	- Alteração do nível de consciência abrupta/repentina - Dispneia aguda ou respiração alterada; - Alteração de FR < 8 ou > 28 rpm - Sinais de choque associada taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida e/ou perfusão periférica diminuída - Sangramento vaginal ativo - Relato ou perda de líquido - Relato de movimento uterino fetal diminuído - Apresentação de partes fetais - Prolapso de cordão umbilical - Trabalho de parto - História de trauma abdominal - História de convulsão súbita - História de anemia falciforme com sintomatologia - Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg ou diastólica ≥ 110 mmHg - Pressão arterial > 140x90 mmHg associado a dor de cabeça, dor de estômago ou alterações visuais - Pressão arterial sistólica inaudível ou abaixo de 80 mmHg - Glicemia capilar ≤ 50 mg/dl - Glicemia capilar ≥ 300 mg/dl com sintomatologia - Glicemia capilar ≥ 200 mg/dl com cetose - Relato de cólica em baixo ventre/contração - Anasarca (edema generalizado) - Saturação muito baixa (< 95% em oxigenoterapia ou < 92% em ambiente) - Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ ou $\leq 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	- História de trauma vaginal - História de sangramento ativo - Hiperemese (Mais de 3 episódios de vômito a dia) - Sinais de infecção sítio cirúrgico associado a febre - Ingurgitamento mamário com sinais flogísticos associado a febre - Pressão arterial sistólica 140- 159 mmHg e/ou PAD 90 – 109 mmHg sem sintomas - Pressão arterial sistólica ≥ 140 - 159 mmHg ou diastólica ≥ 90 - 109 mmHg associado a dor de cabeça, dor de estômago ou alterações visuais - Glicemia capilar ≥ 300 mg/dl sem sintomatologia - Sinais e sintomas não relacionados à queixa com suspeita de abuso e maus-tratos - Edema de membros inferiores - Lesão anal aguda (Hemorroidas e fissuras) - Alteração de comportamento ou humor - Saturação baixa (< 95% em ar ambiente) - Temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $40,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.30. CONTINUAÇÃO ALTERAÇÃO RELACIONADA A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO NO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERDE	-Sinais e sintomas de gravidez psicológica	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
	- Pirose/Nausea/ Vômito/Inapetência	
	- Incontinência urinária /fecal	
	- Queixas urinárias	
	- Lesões genitais /anal recente	
	- Temperatura ≥ 37,5°C a 38,4°C	
	- Dor leve ou dor de 1 a 2/10	

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.31. ALTERAÇÃO DE OUVIDO/NARIZ NO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHA	- Sangramento ativo pelo nariz e/ou orelha, sem história de trauma cranioencefálico - Presença de corpo estranho com sangramento - Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ ou Temperatura $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: - *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	- Presença de corpo estranho sem sangramento - Sangramento visível, de médio a pequeno volume e controlável - Tontura rotatória (Pressão arterial dentro do valor basal) - Trauma súbito/agudo na região da orelha e/ou nariz - Presença de exsudato purulento na orelha e/ou - Vômito persistente associada a queixa de ouvido - Deformidades grosseiras - História discordante - Temperatura $> 38,5^{\circ}\text{C}$ a $40,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: - *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE	- Trauma recente na região da orelha e/ou nariz/ Inchaço de face (localizado ou difuso) - Hematoma de nariz e/ou orelha (geralmente pós –traumática) - Vertigem (sensação aguda de estar tonto ou rodando podendo estar associado a náusea e vômito) - Perda da audição recente ("ouvido tampado" ou sensação de pressão no ouvido) - Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV) - Evento recente	Condutas possíveis: - Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
NÃO AGUDO	- Presença de cerume local - Congestão nasal - Perda da audição não recente ("ouvido tampado" ou sensação de pressão no ouvido) - Zumbido - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV) - Evento não recente	Condutas possíveis: - Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.32. ALTERAÇÃO DE PELE/OU MUCOSANO ADULTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO	- Míase com infestação com sintomatologia - Angioedema ou púrpura associado a temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ - Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ associada a alteração de pele - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV) - Ferida com sangramento não compressível - Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas sistêmicos	Condutas possíveis: *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	- Presença de lesão limpa com sinais sistêmicos de infecção - Feridas com sangramento compressível - Míase com infestação sem sintomatologia - Presença de abscesso com flutuação - Sinais de celulite - Lesão cirúrgica com sinais de infecção - Reações hansênicas graves - Presença de Vesículas pruriginosa - Temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $40,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE	- Presença de prurido leve - Presença de sinais flogísticos e/ou edema - Presença de lesão limpa com sinais de infecção - Presença de abscesso sem flutuação - Presença de placas esbranquiçadas em mucosas - Presença de verrugas - Presença de lesão ou área da pele insensível - Presença de insensibilidade em pés - Presença de parasitas em pele ou couro cabeludo - Presença de exantema sem petéquias - Reações hansênicas recentes - Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
NÃO AGUDO	- História de doença de pele, porém, sem sinais e sintomas no momento. - Dor leve ou dor de 1 a 2/10 acima de 7 dias (escala numérica/face/EDV) - Evento não recente - Troca de curativos ou retirada de pontos	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.33. SUSPEITA DE ARBOVIROSES NO ADULTO*

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO	- Febre por até 7 dias com sinais de choque (PA convergente menor que 20mmHg, pulso ≥ 141 bpm ou ritmo irregular, pressão arterial $< 90 \times 60$ mmHg, palidez cutânea, pele fria e úmida e/ou perfusão periférica diminuída) - Hemorragia exsanguinante: hematêmese e/ou melena - Rebaixamento do nível de consciência e/ou confusão mental - Sinais de desidratação grave (1 ou mais sinais): pulso débil, sonolência, irritabilidade, letargia, prostração, hipotonia, olhos muito encovados, lágrimas ausentes, boca e língua muito seca, sinal da prega positivo (a pele volta ao estado anterior muito lentamente - mais de 2 segundos) - Desconforto respiratório - Dor abdominal intensa e contínua - Icterícia acentuada - Sinais de insuficiência renal aguda: anúria, edema importante - Dor intensa ou dor de 8 a 10/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: - *Atendimento imediato (alto risco de vida).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	- Febre por até 7 dias com sintomatologia (cefaléia, dor retroorbitária, exantema, prostração, mialgia e artralgia) – Dengue - Exantema máculo-papular pruriginoso com 2 ou mais sinais e/ou sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartalgia e/ou edema periarticular - Zika - Gestantes com exantema - Sangramento de mucosas - Sinais de desidratação (1 ou mais sinais): inquietação, irritação, olhos encovados, lágrimas ausentes, boca e língua seca, sinal de prega positivo (a pele volta ao estado anterior lentamente) - Oligúria - Hipotermia - Petéquias espontâneas ou induzidas - Vômitos persistentes - Hipotensão postural e/ou lipotímia - Dor moderada ou dor de 3 a 7/10 (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: - *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE	- Dor leve ou dor de 0 a 2/10 abaixo de 7 dias (escala numérica/face/EDV)	Conduas possíveis: - Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

**Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela.

Atenção, abrir Notificação Compulsória para casos suspeitos e seguir orientações conforme manual vigente de Arboviroses.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.34. AGRESSÃO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração Inadequada; - Hemorragia Exsanguinante; - Choque; - Dispneia aguda; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - Novo déficit neurológico há mais de 24 horas; - História de inconstância; - História hematológica ou metabólica significativa; - História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Deformidade; - Inchaço; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Deformidade há mais de 7 dias; - Inchaço; - Dor leve há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.35. AUTOAGRESSÃO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração Inadequada; - Hemorragia Exsanguinante; - Choque; - Dispneia aguda; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Alto risco de autoagressão; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - Agitação psicomotora; - Risco moderado de autoagressão; - Historia psiquiátrica importante; - Historia hematológica ou metabólica significativa; - Historia discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Hemorragia menor controlável; - Sem agitação psicomotora; - Risco baixo de autoagressão; - Historia psiquiátrica anterior; - Historia discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) - Encaminhar ao pronto atendimento ou demanda espontânea na UBS.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.36. CORPO ESTRANHO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Estridor; - Respiração inadequada; - Hemorragia esxanguinante; - Choque; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Trauma ocular penetrante; - Ingestão de objeto perigoso; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Olho vermelho; - Inflamação local; - Infecção local; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor leve há mais de 7 dias; - Evento recente há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.37. DIARRÉIA E VÔMITOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Prostração, hipotonia; - Novo pulso anormal (Bradicardia: menor 60 bpm, Taquicardia: acima de 100 bpm); - Alteração do nível de consciência; - Vômito de sangue; - Evacuação de sangue vivo ou escurecido; - História de hemorragia digestiva importante; - Temperatura: 41°C ou mais; - Sepsis possível (Considerar: alteração do nível de consciência, frequência respiratória maior que 22 rpm ou PA sistólica menor que 100 mmHg); - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História aguda de vômito de sangue; - Fezes pretas ou fezes em groselha; - Vômitos persistentes; - Sinais de desidratação; - Temperatura entre 38,5°C e 40,9°C; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Vômito; - Adulto febril (Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C); - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor leve há mais de 7 dias; - Evento recente há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.38. DOENÇA MENTAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Respiração inadequada; - Alteração do nível de consciencia; - Alto risco de autoagressão; - Alto risco de agredir outros;	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Risco moderado de autoagressão; - Risco moderado de agredir os outros; - Agitação psicomotora; - Historia psiquiatrica importante; - Comportamento conturbador.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Baixo risco de autoagressão; - Baixo risco de agredir os outros; - Historia psiquiatrica anterior.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.39. INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Alteração do nível de consciencia; - Purpura; - Erupção cutânea fixa; - Imunossupressão conhecida ou provável; - Temperatura de 41°C ou mais; - Sepse possível (Considerar: alteração do nível de consciencia, frequência respiratória maior que 22 rpm ou PA sistólica menor que 100 mmHg); - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Erupção ou vesículas disseminadas; - Articulação quente; - Dor ao movimento articular; - Adulto quente (Temperatura entre 38,5°C e 40,9°C); - Dor testicular; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Corrimento; - Adulto febril (Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C); - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.40. DOR LOMBAR

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Suspeita de compressão do cone medular ou síndrome da cauda equina - Perda da força progressiva medida de maneira objetiva - Dor intensa - Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral - Suspeita de infecção (especialmente em pacientes imunossuprimidos e/ou usuário de drogas endovenosas). - Suspeita de fraturas ou luxação associada a traumatismo recente.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	Dor lombar associada a febre, perda de peso involuntária importante, incapacidade funcional para as atividades diárias, claudicação ou outros sinais de alerta.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Paciente com possível dor de origem musculoesquelética, sem sinais ou sintomas indicativos de gravidade. - Paciente com queixas leves e em bom estado geral	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor mais de 7 dias; - Eventos ocorridos há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.41. DOR TESTICULAR

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Choque; - Gangrena de escroto; - Idade de 25 anos ou menos; - Adulto muito quente (Temperatura: 41°C ou mais); - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Celulite de escroto; - Vômitos persistentes; - Adulto quente (Temperatura entre 38,5°C e 40,9°C); - Colicas; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Adulto febril (Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C); - Trauma de escroto; - Vômito; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.42. FERIDAS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Hemorragia exsanguinante; - Choque; - Hemorragia maior incontrolável; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Comprometimento vascular distal; - Suspeito; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - Novo déficit neurológico há mais de 24 horas; - Trauma vaginal; - História discordante; - Adulto quente (Temperatura entre 38,5°C e 40,9°C); - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Inflamação local; - Infecção local; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.43. INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Comprometimento vascular distal; - Enfisema subcutâneo; - Sespe possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Articulação quente; - Dor ao movimento articular; - Adulto quente (Temperatura entre 38,5°C e 40,9°C); - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Adulto febril (Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C); - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.44. PROBLEMAS DENTÁRIOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Hemorragia maior incontrolável; - Sepses possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Avulsão dentária aguda (Avulsão de um dente inteiro nas últimas 24 horas); - Hemorragia menor incontrolável; - História hematológica ou metabólica significativa; - História discordante; - Adulto quente (Temperatura entre 38,5°C e 40,9°C); - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Inchaço na face; - Adulto febril; - Dor leve recente (Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C); - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.45. ERUPÇÃO CUTÂNEA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Estridor; - Choque; - Edema de língua; - Edema facial; - Dispneia aguda; - Alteração do nível de consciência; - Purpura; - Erupção cutânea fixa; - História alérgica importante; - Sepse possível; - Dor ou coceira moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Erupção ou vesículas disseminadas; - História discordante; - Dor ou coceira moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Adulto febril; - Dor ou coceira leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

12.46. PROBLEMAS EM FACE

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Hemorragia exsanguinante; - Choque; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Sepse possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - Novo déficit neurológico há mais de 24 horas; - Deformidade grosseira; - Redução recente da acuidade visual; - Avulsão dentária aguda; - História de inconsciência; - História hematológica ou metabólica significativa; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Inchaço na face; - Hematoma na orelha; - Diplopia; - Sensibilidade alterada na face; - Olho vermelho; - Adulto febril; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13. PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DA PEDIATRIA – SITUAÇÕES COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

A faixa etária considerada para o atendimento em criança neste Guia é de zero a 11 anos, 11 meses e 29 dias conforme indicado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

AVALIAÇÃO DO AGRAVAMENTO CLÍNICO

O agravamento do estado clínico é o início e evolução da situação/queixa tem importância na avaliação de classificação de risco, pois os eventos agudos, súbito e abrupto são normalmente de indicação emergência/urgência. Considerando o estudo, o Protocolo de ACCR em Pediatria estabelece este conceito como um dos critérios de avaliação e estratificação dos eventos mais do menos graves, seguindo a seguinte nomenclatura:

Repentino/Abrupto – é usado para indicar início do evento em segundos ou minutos;

Súbito – indica início em menos ou igual há 12 horas;

Agudo – indica período de tempo entre 12 e 24 horas;

Recentes – sinais e sintomas que surgiram nos últimos 07 dias;

Não recentes – sinais e sintomas que surgiram acima de 07 dias.

INÍCIO DA QUEIXA	AGRAVAMENTO
Repentino / Abrupto	Minutos / Segundos
Súbito	< ou igual a 12 horas
Agudo	< ou igual a 24 horas
Recente	< 7 dias
Não recente	> ou igual a 7 dias

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.1 AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E OUTROS SINAIS EM PEDIATRIA

Os sinais vitais fornecem informações relevantes sobre o estado físico e emocional dos pacientes, sendo importante conhecer os parâmetros normais estabelecidos e quais são as suas relações intrínsecas com sinais e sintomas com os eventos graves e os eventos menos grave. O Protocolo Institucional de Classificação de Risco em pediatria relaciona os sinais vitais indispensáveis avaliar nos fluxogramas estabelecidos:

Temperatura Axilar (T°)

Pressão Arterial (PA)

Frequência Respiratória (FR)

Frequência Cardíaca (FC)

Saturação (SAT)

Glicemia Capilar (GC)

FAIXA DE REFERÊNCIA – SINAIS VITAIS

Tabela de Temperatura	Valores		
Muito quente (ao toque muito quente)	° Igual ou > a 39		C
Quente (ao toque quente)	° 38,9	C – 38,5	° C
Febril (ao toque pouco quente)	° 38,4	C – 37,5	° C
Temperatura baixa	° < 35	C	

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

Escala de dor na criança

FLACC (Face, legs, activity, cry, consolability, observation tool)
2 meses a 7 anos

Indicador	Score		
	0	1	2
Face	Tranquila/ Sorrindo	Discretas caretas Leve franzir de testa	Caretas frequentes Face contraída
Pernas	Relaxadas	Levemente tensa/ inquieta	Retraídas/ Esperneando
Atividade	Deitada/ calma	Contorcendo/ Agitação leve	Choro intenso/ constante
Choro	Não chora/ tranquila	Resmungos	Choro intenso/ constante
Conforto	Relaxado	Tranqüiliza no colo ou aconchego	Dificuldade em tranquilizar

Legenda: 0: Ausência de dor / 1 - 2: Dor leve / 3 - 5: Dor moderada / 6 - 7: Dor intensa

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Período/Idade	Faixa normal
Recém nascido	30 - 60 rpm
Lactente	24 - 40 rpm
Pré- escolar	22 - 34 rpm
Escolar	18 - 30 rpm
Adolescente	12 - 30 rpm

FREQUÊNCIA CARDÍACA

Período/Idade	Faixa normal
Recém nascido (até 28 dias)	120 - 160 bpm
Lactente (0 a 2 anos)	90- 140 bpm
Pré- escolar (2 - 4 anos)	80- 110 bpm
Escolar (5 - 10 anos)	75- 100 bpm
Adolescente (11 - 19 anos)	60 - 90 bpm

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

Pressão Arterial em menores de 18 anos (PA)

SINAIS DE ALERTA	INTERVENÇÃO IMEDIATA			
	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
RECÉM - NASCIDO	> 90	> 65	> 110	> 85
LACTENTES (1 MÊS A 1 ANO)	> 100	> 70	> 120	> 90
PRÉ-ESCOLARES (1 A 6 ANOS)	> 115	> 80	> 135	> 100
ESCOLARES (6 A 10 ANOS)	> 125	> 85	> 145	> 105
ADOLESCENTE	> 140	> 90	> 160	> 110

Saturação (SAT)

Padrões		Valores
Sat O ₂	baixa	< 95% em ar ambiente
Sat O ₂	muito baixa	< 95% em oxigenoterapia ou < 90 % em ar ambiente

Glicemia Capilar (GC)

Glicemia	Valores
Valor muito baixo (lactente)	< 40 mg/dL
Valor muito baixo (criança a termo)	< 45 mg/dL
Valor muito baixo (criança acima de 1 ano)	< 50 mg/dL
Valor de muito alta	> 300 mg/dL

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.2 ACIDENTE NA INFÂNCIA (Queda, trauma penetrante, acidentes)

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência - Déficit neurológico abrupto / súbito - Criança letárgica ou não reativa - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Sangramento visível de grande, médio e pequeno volume - Glicemia menor que 45 mg/dL até 01 ano ou menor que 50 mg/dL acima de 01 ano de idade - Pulso anormal: bradicardia ou taquicardia ou ritmo irregular - Convulsionando - Trauma penetrante - Fraturas exposta ou com deformidades - Hipotermia < 35°C - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Episódio de déficit neurológico agudo - Histórico de inconsciência abrupta ou aguda - História discordante: sinais e sintomas não relacionada a queixa com suspeita de abuso e maus tratos - Dispnéia (fôlego curto, falta de ar súbita ou repentina) ao esforço - Fraturas sem deformidades (edema) - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO O VERDE PRIORIDADE 2	- Escoriação e hematoma - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.3 ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência ou Escala de Coma de Glasgow modificada ≤ 12 (moderado e grave) - Déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - História de overdose ou envenenamento - Observação do alto risco de agressão aos outros (punhos serrados, discurso com palavras ameaçadoras, agitação psicomotora e inquietude) - Histórico e/ou observação do alto risco de autoagressão (ativamente tentado se machucar) - Acompanhado pela polícia - Tentativa de suicídio evidenciada - Ausência de resposta aos estímulos sonoros e táteis - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: - *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Escala de Coma de Glasgow ≥ 13 a 14 (leve) - História de inconsciência há > 12 e < 24 horas - Episódio de déficit neurológico agudo - História psiquiátrica e/ou do uso de medicamentos: Observação do risco moderado de autoagressão ou agressão aos outros (percepção do comportamento ameaçador) - Comportamento conturbador que afeta o bom andamento do serviço - Alucinação, desorientação - História de tentativa de suicídio - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Condutas possíveis: - *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Escala de Coma de Glasgow igual 15 (leve) - Episódio de déficit neurológico recente - História psiquiátrica e/ou de uso de drogas: Sem observação do risco de agressão aos outros e/ou autoagressão - Pensamento suicida - Impulsividade e história de insônia - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Episódio de déficit neurológico não recente - Depressão crônica - Estado mental normal - Dados vitais normais - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.4 BEBÊ CHORANDO (criança até 01 ano de idade)

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Prostração, hipotonia e não reativo (não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso) - Sinais de meningismo (rigidez de nuca, cefaléia e púrpura ou erupção em qualquer parte do corpo causada por hemorragia embaixo da pele) - Sinais de alerta: dificuldade de deglutir - Temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História discordante: a história fornecida não condiz com os achados físicos - Choro ininterrupto, inconsolável (choro continuamente por 2 horas) - Sinais de alerta: dificuldade de se alimentar - História de inconsciência há > 12 e < 24 horas - Temperatura entre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $37,7^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 3 a 4)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Bebês irritadiços com choro consolável pelos pais - Temperatura entre $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.5 CONVULSÃO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência - Episódio de déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Sinais de meningismo: rigidez de nuca, dor de cabeça e púrpura ou erupção em qualquer parte do corpo causada por hemorragia embaixo da pele - Prostração, hipotonia e não reativo (não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso) - Convulsionando - História de trauma crânio cefálico - História de overdose ou envenenamento - Glicemia menor que 45 mg/dL até 01 ano ou menor que 50 mg/dL acima de 01 ano de idade - Temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELA PRIORIDADE 1	- Episódio de déficit neurológico agudo - História discordante: a história fornecida não condiz com os achados físicos - História de convulsão no período ≤ 12 horas a ≥ 48 horas - Temperatura entre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $37,7^{\circ}\text{C}$	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Episódio de déficit neurológico recente - Convulsão ou história no período > 48 horas a menos de 7 dias - Temperatura entre $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Episódio de déficit neurológico não recente - Convulsão ou história no período > 7 dias - Sinais vitais inalterados	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.6 DIARRÉIA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Vômito com presença de sangue ou história de vômito com sangue - Vômitos em jatos - História de fezes de coloração preta ou vermelho escuro - Presença de rigidez de nuca - Presença de petéquias - Evacuações e vômitos ≤ 03 episódios em 1 hora ou mais com sinais de desidratação grave (1 ou mais sinais): letargia, prostração, hipotônia, os olhos muito fundos/encovados, lágrimas ausentes, boca e língua muito seca, fontanela afundada, sinal da prega positivo (a pele volta ao estado anterior muito lento), pulso débil (enchimento capilar acima 5 segundos) - Sinais de alerta: dificuldade de deglutir - Temperatura* ≥ 39°C - Hipotermia < 35°C - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Episódios de vômitos contínuos sem presença de sangue - Evacuações e vômitos ≤ 03 episódios em 1 hora ou mais com sinais de desidratação (1 ou mais sinais): inquieta, irritada, olhos encovados, lágrima ausente, boca e língua seca, sinal da prega positivo* (a pele volta ao estado anterior lento), pulso débil* (enchimento capilar acima 4 segundos) - Sinais de alerta: história de dificuldade de se alimentar - Temperatura* ≥ 37,5°C - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Evacuações e vômitos ≥ 3 episódios sem sinais de desidratação: bebê ou criança em alerta, olhos normais, lágrima presente, boca e língua úmida, sinal da prega negativo (a pele volta ao estado rapidamente), pulso normal (enchimento capilar acima 3 segundos) - História diarreia não recente (menor que 07 dias) - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Mucosas úmidas e diurese normal - História diarreia não recente (maior que 07 dias) - Temperatura* ≥ 37,0° C a 37,5° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

* Exceto para bebê < ou até 1 ano de idade ou história de convulsão – nestes casos seguir o valor de temperatura dos fluxogramas correspondentes.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.7 DOR ABDOMINAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Vômito com presença de sangue - Vômitos em jatos - Evacuações e vômitos ≤ 03 episódios em 1 hora ou mais com sinais de desidratação grave - Sangramento vaginal com suspeita de gravidez - Temperatura* ≥ 39° C - Hipotermia < 35°C - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Gravidez possível - Episódios de vômitos contínuos - História de fezes de coloração preta ou vermelho escuro - História de vômito de sangue - Presença de distensão abdominal com constipação ou retenção urinária - Evacuações e vômitos ≤ 03 episódios em 1 hora ou mais com sinais de desidratação - Temperatura* ≥ 38,5° C a 38,9° C - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Evacuações e vômitos ≥ 3 episódios sem sinais de desidratação - Temperatura* ≥ 37,5° C a 38,4° C - Desconforto abdominal - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - História diarreia não recente (maior que 07 dias) - Temperatura* ≥ 37,0° C a 37,4° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.8 DOR DE CABEÇA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de rigidez de nuca - Presença de petéquias - Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 110 e/ou PAD > 85), 1 mês a 1 ano (PAS > 120 e/ou PAD > 90), 1 a 6 anos (PAS > 135 e/ou PAD > 100), 6 a 10 anos (PAS > 145 e/ou PAD > 105), acima de 10 anos (PAS > 160 e/ou PAD > 110) - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 90 e/ou PAD > 65), 1 mês a 1 ano (PAS > 100 e/ou PAD > 70), 1 a 6 anos (PAS > 115 e/ou PAD > 80), 6 a 10 anos (PAS > 125 e/ou PAD > 85), acima de 10 anos (PAS > 140 e/ou PAD > 90) - Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Sinais: conjuntive, coriza, tosse seca ou produtiva - Queixa de tontura sem sinais vitais alterados (de acordo com a faixa etária) - Evento recente - Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Evento não recente - Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.9 DOR DE GARGANTA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenoterapia) - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de gemido ou estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - Dispnéia intensa (fôlego curto, depressão de fúrcula, batimento de asa de narina, uso de musculatura acessória) em repouso com ou sem associação de outros sintomas. - Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Presença de linfonodos cervicais aumentados ou dolorosos e rash cutâneo - Dispnéia aos esforços com ou sem associação de sinais e sintomas - Tosse "ladrante" ou rouquidão - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ - Dor com dificuldade de engolir, podendo ou não apresentar salivação - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Sem sinais de dispnéia - Sinais: conjuntive, coriza, tosse seca ou produtiva - Evento recente - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Evento não recente - Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.10 DOR NÃO TRAUMÁTICA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Episódio de déficit neurológico abrupto / súbito com alteração ou perda da sensibilidade ou fraqueza de membros, retenção urinária. - Interrupção total das atividades da vida diária (deambular, sentar, comer, beber e dormir) - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenoterapia) - PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 110 e/ou PAD > 85), 1 mês a 1 ano (PAS > 120 e/ou PAD > 90), 1 a 6 anos (PAS > 135 e/ou PAD > 100), 6 a 10 anos (PAS > 145 e/ou PAD > 105), acima de 10 anos (PAS > 160 e/ou PAD > 110) - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Episódio de déficit neurológico agudo sem alteração ou perda da sensibilidade ou fraqueza de membros - Palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Interrupção parcial das atividades da vida diária (deambular, sentar, comer, beber e dormir) - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 90 e/ou PAD > 65), 1 mês a 1 ano (PAS > 100 e/ou PAD > 70), 1 a 6 anos (PAS > 115 e/ou PAD > 80), 6 a 10 anos (PAS > 125 e/ou PAD > 85), acima de 10 anos (PAS > 140 e/ou PAD > 90) - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Evento recente - Sem interrupção parcial das atividades da vida diária (deambular, sentar, comer, beber e dormir) - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - PA sistólica média e/ou diastólica média < percentil 90 - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Evento não recente - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.11 DOR DE OUVIDO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Dispnéia intensa (fôlego curto, depressão de fúrcula, batimento de asa de narina, uso de musculatura acessória) em repouso com ou sem associação de outros sintomas. - Sinais meningismo: rigidez de nuca, fontanela abaulada, dor de cabeça, vômito e petéquias - Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Presença de secreção: sero-sanguinolenta, purulenta local - Edema e hiperemia local - Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Presença de serume local - Evento recente - Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Evento não recente - Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.12 HISTÓRIA DE DIABETES JUVENIL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHA PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Obstrução de vias aéreas - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada (conforme idade) - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão 110X60 mmhg, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Glicemia menor que 45 mg/dL até 01 ano ou menor que 50 mg/dL acima de 01 ano de idade - Glicemia ≥ 300 mg/dL - Hiperglicemia com cetose ≥ 200 mg/dL e/ou hálito cetônico - Temperatura* ≥ 39 °C - Hipotermia < 35° C - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Glicemia ≥ 200 a 299 mg/dL com ou sem sintomatologia - Glicemia ≥ 50 mg/dL a 70 mg/dL com ou sem sintomatologia - Vômitos persistentes - Temperatura* ≥ 38,5° C a 38,9° C - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Glicemia ≥ 70 mg/dL a ≤ 199 mg/dL sem sintomatologia - Vômitos esporádicos - Temperatura* ≥ 37,5° C a 38,4° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Temperatura* ≥ 37,0° C a 37,4° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.13 INTOXICAÇÃO EXÓGENA / ENVENENAMENTO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHA PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração do nível de consciência abrupta / súbita - Episódio de déficit neurológico abrupto / súbito com agitação psicomotora, sonolência, alucinação, mídriase, miose e mioclonia - Obstrução de vias aéreas - Taquicardia ou bradicardia - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Convulsionando - Edema facial e edema de língua - Lesão ocular após contato químico - Hipotermia < 35° C - Temperatura* ≥ 39° C - Estridor laríngeo - Rubor facial e rush cutâneo generalizado - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenoterapia) - Relato de inalação e ingestão com queixas clínicas - História evidenciada: relato de ingestão/inalação há menos de 06 horas com sintomas - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELA PRIORIDADE 1	- Episódio de déficit neurológico súbito ou agudo sem agitação psicomotora e sonolência - Vômitos e diarreia persistente - Rubor facial e rush cutâneo local - História discordante: Sinais e sintomas não relacionados a queixa com suspeita de abuso e maus tratos - História evidenciada: relato de ingestão/inalação há mais de 06 horas sem sintomas - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Temperatura* ≥ 38,5° C a 38,9° C - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Déficit neurológico recente sem agitação psicomotora e sonolência - Vômitos e diarreia esporádica - Erupção, vesículas e coceira generalizada - Evento recente - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Temperatura* ≥ 37,5° C a 38,4° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

CLASSIFICAÇÃO AZUL
PRIORIDADE 3

- Sinais vitais inalterados
- **Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$**
- Evento não recente
- Dor leve (**escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1**) acima de 7 dias

Condutas possíveis:

Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.14 MORDEDURA E PICADAS (de animais peçonhentos**)

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração do nível de consciência abrupta / súbita - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - História de alergia com presença de edema facial e de língua Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenioterapia) Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - Ferida com sangramento visível, de grande volume e incontrolável a compressão - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração - Acidente com animais peçonhento** com sinais e sintomas sistêmicos - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Erupção ou vesícula generalizada - Prurido generalizada - Ferida com sangramento visível, de médio volume e controlável a compressão - Ferida infectada com sinais e sintomas sistêmicos - Mordedura de animais não peçonhentos Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Ferida com presença de sinais flogísticos ou local - Presença de hematoma - Ferida pequena com sangramento superficial e controlável a compressão - Prurido localizada Saturação (maior que 96% em ar ambiente) Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Troca de curativo e retirada de pontos - Sinais vitais inalterados Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Evento não recente - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.15 PROBLEMAS URINÁRIOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração do nível de consciência abrupta / súbita - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sangramento visível - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 110 e/ou PAD > 85), 1 mês a 1 ano (PAS > 120 e/ou PAD > 90), 1 a 6 anos (PAS > 135 e/ou PAD > 100), 6 a 10 anos (PAS > 145 e/ou PAD > 105), acima de 10 anos (PAS > 160 e/ou PAD > 110) - Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 90 e/ou PAD > 65), 1 mês a 1 ano (PAS > 100 e/ou PAD > 70), 1 a 6 anos (PAS > 115 e/ou PAD > 80), 6 a 10 anos (PAS > 125 e/ou PAD > 85), acima de 10 anos (PAS > 140 e/ou PAD > 90) - Presença de distensão abdominal com retenção urinária - Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Sensação de ardor na uretra - Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.16 QUEIMADURA E EXPOSIÇÃO AGENTE QUÍMICO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração do nível de consciência abrupta / súbita - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada; - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - Sinais de desidratação grave com história de queimadura - Queimaduras de terceiro grau em qualquer área ou idade - Queimaduras de segundo grau em qualquer área corporal em menores de 12 anos - Qualquer queimadura de segundo grau envolvendo: mão, pé, face, axila ou grande articulação em qualquer idade - Queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 20% em maiores de 12 anos - Queimaduras por corrente elétrica - Vítima de queimaduras de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, convulsão, edema facial e língua, politrauma, fratura óssea em qualquer localização, choque de qualquer origem, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, diabetes. - Lesão ocular após contato químico - Lesão por inalação após confinamento em espaço com fumaça ou aspiração de fumaça - Dispnéia aguda (fôlego curto, falta de ar súbita ou repentina) - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenioterapia) - Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $< 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: - *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 10% a 20% em maiores de 12 anos - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: - *Atendimento prioritário (risco moderado).

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Queimaduras primeiro grau em qualquer extensão, em qualquer idade - Presença de sinais flogísticos - Presença de sinais de infecção - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.17 QUEIXAS RESPIRATÓRIAS (História de asma, dispnéia, obstrução nasal, tosse)

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Apnéia ou cessação de fluxo de ar inspirado por 20 segundos - Perda ou alteração do nível de consciência abrupta / súbita - Criança não reativa, letárgica e/ou gemente - Alteração da consciência e/ou confusão mental - Obstrução de vias aéreas - Respiração inadequada de acordo com a faixa etária - Presença de estridor**, batimento de asa de nariz, retração de fúrcula, balancin toracoabdominal e sibilos audíveis. - Sinais de hipóxia: cianose de extremidade e palidez cutânea, exaustão respiratória - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenioterapia) - Bradicardia ou taquicardia ou ritmo irregular - Dificuldade de expressão verbal - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração (frases monossilábicas) - História de asma grave com taquicardia - Hipotermia < 35°C - Temperatura* ≥ 39°C	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Queixa de falta de ar com respiração curta - História de falta de ar súbita ou repentina ao esforço - História de hemoptise - Tosse produtiva com dispnéia leve ou com dor pleurítica - História de chieira (sibilância não audível) - História de asma sem melhora com uso de sua medicação habitual - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Temperatura* ≥ 38,5°C a 38,9°C	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Tosse produtiva e/ou seca há menos de 3 semanas - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Temperatura* ≥ 37,5°C a 38,4°C	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Temperatura* ≥ 37,0°C a 37,4°C - Tosse seca há mais de 3 semanas	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

*Exceto para bebê < ou até 1 ano de idade ou história de convulsão – nestes casos seguir o valor de temperatura dos fluxogramas correspondentes.

**Estridor - ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.18 REAÇÃO ALÉRGICA

CLASSIFICAÇÃO O VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração do nível de consciência abrupta / súbita - Criança não reativa, letárgica e/ou gemente - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - História de alergia com presença de edema facial e de língua - Pulso anormal: bradicardia ou taquicardia ou ritmo irregular - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenioterapia) - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Erupção ou vesículas generalizadas ou placas urticariformes - Prurido generalizado - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Presença de sinais flogísticos - Prurido localizado - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.19 REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E MAL ESTAR EM CRIANÇA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência ou Escala de Coma de Glasgow modificada < ou igual 12 (moderado e grave) - Déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Convulsionando - Palidez acentuada, pele fria, sudorese, síncope postural - Glicemia menor que 45 mg/dL até 01 ano menor que 50 mg/dL acima de 01 ano de idade - Dor precordial (dor intensa em aperto, ou sensação de peso no meio que pode apresentar irradiação para braço esquerdo ou pescoço; podendo também associar-se sudorese e náusea) - História de alergia com presença de edema facial e de língua - Sinais de meningismo (rigidez de nuca, cefaléia e petéquia) - Hipotermia < 35°C - Temperatura* ≥ 39°C - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Escala de Coma de Glasgow > ou igual 13 a 14 (leve) - História de inconsciência há > 12 e < 24 horas - História de trauma crânioencefálico aguda - História de inconsciência aguda - Episódio de déficit neurológico agudo - Suspeita de abuso e maus tratos - Temperatura* ≥ 38,5°C a 38,9°C - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Escala de Coma de Glasgow igual 15 (leve) - Temperatura* ≥ 37,5°C a 38,4°C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

CLASSIFICAÇÃO AZUL
PRIORIDADE 3

- Sinais vitais inalterados
- **Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$**
- Dor leve (**escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1**) acima de 7 dias

Condutas possíveis:

Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.20 SINAIS VITAIS E/OU SEM QUEIXAS EM CRIANÇAS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Apnéia ou cessação de fluxo de ar inspirado por 20 segundos - Frequência cardíaca: RN até 3 meses (< 85 bpm – bradicardia ou > 200 bpm taquicardia); 3 meses a 2 anos de idade (< 100 bpm – bradicardia ou > 190 bpm taquicardia); 2 anos a 10 anos de idade (< 60 bpm – bradicardia ou > 140 bpm taquicardia); acima de 10 anos (< 60 bpm – bradicardia ou > 100 bpm taquicardia) - Frequência respiratória: bradipnéia ou taquipnéia: Até 1 ano (< 30inc/min ou > 60 inc/min), 1 ano a 3 anos (24<inc/min ou > 40 inc/min), 04 anos a 05 anos (22<inc/min ou > 34 inc/min), 06 anos a 12 anos (18<inc/min ou > 30 inc/min) - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenoterapia) - PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 110 e/ou PAD > 85), 1 mês a 1 ano (PAS > 120 e/ou PAD > 90), 1 a 6 anos (PAS > 135 e/ou PAD > 100), 6 a 10 anos (PAS > 145 e/ou PAD > 105), acima de 10 anos (PAS > 160 e/ou PAD > 110) - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Febre em imunossuprimido (transplantado, SIDA) - Temperatura* ≥ 39° C - Hipotermia T < 35° C - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Frequência cardíaca > 80 bpm a 140 bpm para RN até 5 anos de idade e > 60 bpm a 100 bpm acima de 5 anos de idade - PA sistólica e/ou diastólica: Recém-nascido (PAS > 90 e/ou PAD > 65), 1 mês a 1 ano (PAS > 100 e/ou PAD > 70), 1 a 6 anos (PAS > 115 e/ou PAD > 80), 6 a 10 anos (PAS > 125 e/ou PAD > 85), acima de 10 anos (PAS > 140 e/ou PAD > 90) - Temperatura* ≥ 38,5° C a 38,9° C - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- PA sistólica média e/ou diastólica valores normais (faixa etária) - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Temperatura* ≥ 37,5° C a 38,4° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sem alteração de sinais vitais - Temperatura* ≥ 37,0° C a 37,4° C - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.21 SINTOMAS DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (queixas gripais)

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Apnéia ou cessação de fluxo de ar inspirado por 20 segundos - Obstrução de vias aéreas - Respiração inadequada de acordo com a faixa etária - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Presença de estridor (ruído inspiratório e expiratório melhor escutado ao se respirar de boca aberta) - Saturação muito baixa (menor que 90% em ar ambiente e menor que 95% com oxigenioterapia) - Cianose de extremidade - Dificuldade de expressão verbal - Letargia e confusão mental - Exaustão respiratória - Dificuldade respiratória que impede de articular frases curtas em uma só expiração - História de asma grave - Temperatura* $\geq 39^{\circ}\text{C}$ - Hipotermia $T < 35^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Condutas possíveis: - *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Dispnéia (fôlego curto, falta de ar súbita ou repentina) ao esforço - História de viagem recente para locais com epidemias de gripe - Tosse com dispnéia - Dispnéia (sibilância audível) - Temperatura* $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ - Saturação baixa (entre 91% a 95% em ar ambiente) - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Condutas possíveis: - *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Sinais de conjuntivite: vermelhidão ocular, sensação de ardência, sensação de corpo estranho, lacrimação, secreção amarelada e olhos vermelhos. - Congestão nasal - Coriza - Tosse produtiva sem dispnéia - Dor de ouvido com coceira irritante, descamações da pele do canal e presença de secreção no ouvido - Saturação (maior que 96% em ar ambiente) - Temperatura* $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ a $38,4^{\circ}\text{C}$ - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

CLASSIFICAÇÃO AZUL
PRIORIDADE 3

- Sinais vitais inalterados
- **Temperatura* $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ a $37,4^{\circ}\text{C}$**
- Tosse seca sem dispnéia há 3 semanas
- Dor leve (**escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1**) acima de 7 dias

Condutas possíveis:

Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.22 SITUAÇÕES ESPECIAIS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pacientes escoltados - Comportamento conturbador que afeta o bom andamento do serviço Criança apresentando qualquer tipo de sangramento	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Vítimas de abuso sexual - Acamados - Acidente com material perfuro- cortante com material biológico - Criança com suspeita ou portadora de doenças infectocontagiosas	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Pré-adolescente gestante - Pessoa com deficiência - Autistas - Doenças ocultas; - Retorno de exame: resultado alterado - Impossibilidade de deambulação	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Necessidades administrativas (atestado e troca de receita) - Procedimentos eletivos ou programados* - Retorno de exame: resultado normal	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

*Nestas situações os usuários não serão submetidos à Classificação de Risco e encaminhados conforme fluxo da unidade.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.23 TRAUMA ABDOMINAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência ou Escalade Coma de Glasgow modificada < ou igual 12 (moderado e grave) - Déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispneia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Sangramento visível de grande, médio e pequeno volume - Integridade tissular prejudicada com exposição visceral com ou sem sangramento - Ferimento por arma de fogo - Ferimento por arma branca - Episódios de vômitos contínuos e em jato com presença de sangue - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Nível de consciência sem alteração - Distensão abdominal - Episódios eventuais ou contínuos de vômito sem presença de sangue - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Sinais vitais inalterados - Lesão com presença de sinais Inflamação e/ou presença de sinais flogísticos - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.24 TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência ou Escala de Coma de Glasgow modificada < ou igual 12 (moderado e grave) - Déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Sangramento visível de grande, médio e pequeno volume - Convulsionando - Glicemia menor que 45 mg/dL até 01 ano menor que 50 mg/dL acima de 01 ano de idade - Integridade tissular prejudicada com exposição óssea com ou sem sangramento - Ferimento por arma de fogo - Ferimento por arma branca - Suspeita de fratura - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Escala de Coma de Glasgow > ou igual 13 a 14 (leve) - História de inconsciência há > 12 e < 24 horas - Hematoma de couro cabeludo - Lacerações que requerem investigação ou com história discordante - Episódio de déficit neurológico recente - Episódio de vômitos contínuo - Edema e deformidade - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Escala de Coma de Glasgow igual 15 (leve) - Escoriações - Episódios eventuais de vômito - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: - Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.25 TRAUMA OCULAR

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência ou Escala de Coma de Glasgow modificada < ou igual 12 (moderado e grave) - Déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Sangramento visível de grande, médio e pequeno volume - Presença de corpo estranho no local - Dor intensa (escala numérica 8 a 10/10 ou escala de face 5)	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História de trauma com < de 24 horas - Edema e deformidade - Suspeita de trauma - Hematoma - Dor moderada (escala numérica 4 a 7/10 ou escala de face 4 a 3)	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) abaixo de 7 dias	Conduas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Sinais vitais inalterados - Dor leve (escala numérica 1 a 3/10 ou escala de face 2 a 1) acima de 7 dias	Conduas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.26 VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Pulso ausente - Perda ou alteração abrupta / súbita do nível de consciência ou Escala de Coma de Glasgow modificada < ou igual 12 (moderado e grave) - Déficit neurológico abrupto / súbito - Obstrução de vias aéreas - Dispnéia aguda ou respiração ausente ou alterada - Sangramento visível de grande, médio e pequeno volume - Sinais de choque: taquicardia ou ritmo irregular, hipotensão, palidez cutânea, pele fria e úmida, perfusão periférica diminuída e ansiedade - Trauma penetrante (facada ou tiro) ou trauma com queda de altura e acidentes de trânsito - Apresentando sinais: falta de interatividade a estímulos externos, prostração, sonolência	Conduas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Escala de Coma de Glasgow > ou igual a 13 a 14 (leve) - Episódio de déficit neurológico agudo - História discordante: a história fornecida não condiz com os achados físicos - Edema, eritema, hematoma, lesões e escoriações pelo corpo - Suspeita de fratura - Presença sinais físicos específicos de violência: queimaduras e marcas de objetos pelo corpo - Apresentado sinais psicológicos: medo exagerado de adulto	Conduas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Escala de Coma de Glasgow igual a 15 (leve) - Episódio de déficit neurológico recente, sem suspeita ou sem história de violência.	Conduas possíveis: - Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.27 AGRESSÃO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração Inadequada; - Hemorragia Exsanguinante; - Choque; - Criança não reativa; - Dispneia aguda; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - Novo deficit neurologico há mais de 24 horas; - História de inconsciência; - História hematológica ou metabólica significativa; - História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Deformidade; - Inchaço; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Deformidade há mais de 7 dias; - Inchaço; - Dor leve há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.28 AUTOAGRESSÃO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração Inadequada; - Hemorragia Exsanguinante; - Choque; - Criança não reativa; - Dispneia aguda; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Alto risco de autoagressão; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa. - Hemorragia menor incontrolável;	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Agitação psicomotora; - Risco moderado de autoagressão; - História psiquiátrica importante; - História hematológica ou metabólica significativa; - História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Hemorragia menor controlável - Sem agitação psicomotora - Baixo risco de autoagressão; - História psiquiátrica anterior; - História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.29 CORPO ESTRANHO

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Estridor; - Respiração inadequada; - Hemorragia esxanguinante; - Choque; - Criança não reativa; - Hemorragia maior incontrolável; - Alteração do nível de consciência; - Trauma ocular penetrante; - Ingestão de objeto perigoso; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa. - Hemorragia menor incontrolável;	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Olho vermelho; - Inflamação local; - Infecção local; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor leve há mais de 7 dias; - Evento recente há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.30 DOENÇA MENTAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Hipoglicemia; - Criança não reativa; - Alteração do nível de consciência; - Alto risco de autoagressão; - Alto risco de agredir outros; - Hiperglicemia com cetose.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Risco moderado de autoagressão; - Risco moderado de agredir os outros; - Agitação psicomotora; - Hiperglicemia; - História psiquiátrica importante; - Comportamento conturbador.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Risco de autoagressão; - Risco de agredir os outros; - História psiquiátrica anterior.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.31 INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Alteração do nível de consciência; - Púrpura; - Erupção cutânea fixa; - Imunossupressão conhecida ou provável; - Adulto muito quente; - Sepse possível; - Dor intensa. - Temperatura >39°C	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Erupção ou vesículas disseminadas; - Articulação quente; - Dor ao movimento articular; - Criança quente >38.5°C; - Dor testicular; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Corrimento; - Criança febril; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.32 DOR CERVICAL

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Sinais de meningismo; - Púrpura; - Erupção cutânea fixa; - Criança muito quente $>39^{\circ}\text{C}$ - Sepse possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Novo déficit neurológico há mais de 24 horas; - Truma direto no pescoço; - Criança quente $>38.5^{\circ}\text{C}$ - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Criança febril $>37.5^{\circ}\text{C}$ - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.33 DOR LOMBAR

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Mecanismo de trauma significativo; - Criança muito quente >39°C - Sepses possível; - Dor abdominal; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Novo déficit neurológico há mais de 24 horas; - Truma direto no dorso; - Incapaz de andar; - Criança quente >38.5°C - História discordante; - Cólicas; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Criança febril >37.5°C - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.34 DOR TESTICULAR

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Gangrena de escroto; - Idade de 25 anos ou menos; - Bebe quente; - Criança muito quente; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Celulite de escroto; - Vômitos persistentes; - Criança quente; - Cólicas; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Bebe febril; - Criança febril; - Trauma de escroto; - Vômito; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.35 FERIDAS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Hemorragia exsanguinante; - Choque; - Hemorragia maior incontrolável; - Novo déficit neurológico há menos de 24 horas; - Comprometimento vascular distal; - Neonato quente; - Bebe quente; - Criança muito quente; - Sespe possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hemorragia menor incontrolável; - Novo déficit neurológico há mais de 24 horas; - Trauma vaginal; - Historia discordante; - Neonato febril; - Criança quente; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Inflamação local; - Infecção local; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.36 INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHA PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Comprometimento vascular distal; - Enfisema subcutâneo; - Neonato quente; - Bebe quente; - Criança muito quente; - Sespe possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELA PRIORIDADE 1	- Articulação quente; - Dor ao movimento articular; - Neonato febril; - Criança quente; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Bebe febril; - Criança febril; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.37 PROBLEMAS DENTÁRIOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Choque; - Hemorragia maior incontrolável; - Criança muito quente; - Sespe possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Avulsão dentária aguda; - Hemorragia menor incontrolável; - História hematológica ou metabólica significativa; - História discordante; - Criança quente; - Adulto quente; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Inchaço na face; - Criança febril; - Adulto febril; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) - Encaminhar ao pronto atendimento ou demanda espontânea na UBS.
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.38 PROBLEMAS URINÁRIOS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Hemorragia exsanguinea; - Choque; - Priapismo; - Imunossupressão conhecida ou provável; - Bebe quente; - Criança muito quente; - Sespe possível; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Hematúria franca; - Vômitos persistentes; - Retenção urinária; - Criança quente; - Cólicas; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Vômito; - Disuria; - Bebe febril; - Criança febril; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

13.39 QUEIMADURAS

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Estridor; - Choque; - Criança não reativa; - Edema facial; - Lesão por inalação; - Dispneia aguda; - Saturação de O2 muito baixa; - Alteração do nível de consciência; - Mortalidade química alta; - Mecanismo de trauma significativo; - Dor intensa.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Saturação de O2 baixa; - Exposição a fumaça; - Queimadura elétrica; - Exposição química moderada; - História discordante; - Dor moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Inflamação local; - Infecção local; - Dor leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

VERSÃO 01

DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024

DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

14. ERUPÇÃO CUTÂNEA

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO PRIORIDADE 0	- Obstrução de vias aéreas; - Respiração inadequada; - Estridor; - Choque; - Criança não reativa; - Edema de língua; - Edema facial; - Dispneia aguda; - Alteração do nível de consciência; - Purpura; - Erupção cutânea fixa; - História alérgica importante; - Neonato quente; - Bebe quente; - Criança muito quente; - Adulto muito quente; - Sepses possível; - Dor ou coceira moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento médico imediato (alto risco de morte).
CLASSIFICAÇÃO AMARELO PRIORIDADE 1	- Erupção ou vesículas disseminadas; - História discordante; - Neonato febril; - Criança quente; - Dor ou coceira moderada.	Condutas possíveis: *Atendimento prioritário (risco moderado).
CLASSIFICAÇÃO VERDE PRIORIDADE 2	- Bebe febril; - Criança febril; - Dor ou coceira leve recente; - Evento recente.	Condutas possíveis: Atendimento do dia. (Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)
CLASSIFICAÇÃO AZUL PRIORIDADE 3	- Dor há mais de 7 dias; - Evento há mais de 7 dias.	Condutas possíveis: Situação não aguda, agendamento e programação de intervenções levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA APS		
VERSÃO 01	DATA DA PRIMEIRA VERSÃO: 22/04/2024	DATA DA ÚLTIMA VERSÃO: 22/04/2024

15. BIBLIOGRÁFICA

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – HUMANIZA SUS.

Ministério da Saúde, 2004.

BASSAN R, PIMENTA L, LEÃES PE, TIMERMAN A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol 2002; 79 (supl II): 1.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Acolhimento a Demanda Espontânea. Caderno n.º 28 – volume I. Ministério da Saúde, 2013.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Acolhimento a Demanda Espontânea. Caderno n.º 28 – volume II. Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO, C.B.L.; VEIGA, L, O conceito da inclusão, dimensões e indicadores – Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, 2004.

COMPACTO DICIONÁRIO ILUSTRADO DE SAÚDE E PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES DA ENFERMAGEM. COREN SP. 4ª Edição, 2009.

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA. ATENÇÃO BÁSICA SMS-SP. Prefeitura do Município de São Paulo. Outubro, 2015.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

O HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde, 2009.

16. DESENVOLVIMENTO

Desenvolvido por:

Wallace Assis dos Santos – Coordenador de Atenção Básica

Bianca da Silva Negi – Coordenadora de Enfermagem

Jéssica Ferreira Alves – Coordenadora Médica

Revisado por:

Aprovado por:

Am

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PESSOA COM FERIDAS

A evolução dos conceitos no tratamento de feridas só foi possível graças à maior compreensão e, mesmo, valorização dos aspectos anatômicos e fisiológicos da pele e, principalmente, do processo de cicatrização. (SANTOS, 2000)

A pele é a principal barreira de proteção do organismo e tem como funções básicas impedir a perda excessiva de líquidos, proteger da ação de agentes externos, (inclusive microbianos), manter a temperatura corpórea, sintetizar vitamina D com a exposição aos raios solares, agir como órgão do sentido e participar da termorregulação. (BAJAY, JORGE, DANTAS, 2003)

Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra-ataque.

As feridas podem ser classificadas de acordo com o tempo de reparação tissular em agudas e crônicas. As feridas agudas são originadas de cirurgias ou traumas e a reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações. As feridas crônicas são aquelas que não são reparadas em tempo esperado e apresentam complicações. (BLANES, 2004)

A terapia tópica envolve, além da limpeza e desbridamento, a oclusão com os chamados curativos e/ou coberturas. (SANTOS, 2000)

A escolha do tipo de cobertura a ser utilizada está diretamente relacionada com sua função, que pode ser: proteção e absorção de umidade, absorção de exsudato e odores, desbridamento (limpeza), prevenção da contaminação exógena, compressão para minimizar acúmulo de fluidos, bem como a imobilização ou proteção contra traumas mecânicos. (BAJAY, JORGE, DANTAS, 2003)

O cuidado à ferida é uma área de atuação que está intimamente ligada à prática da enfermagem e costuma ser a profissão de referência nesses casos.

OBJETIVO

- Identificar, avaliar e classificar as lesões de pele, implementando medidas preventivas e terapêuticas baseadas em evidências científicas.

- Avaliar, tratar, monitorar e registrar a evolução clínica das feridas, promovendo a cicatrização e prevenindo complicações.
- Padronizar a indicação e a utilização das coberturas, soluções e produtos disponíveis na instituição, conforme as características e necessidades de cada lesão.
- Promover o uso racional e seguro dos insumos utilizados no tratamento de feridas, assegurando qualidade assistencial, custo-efetividade e segurança do paciente.
- Padronizar a assistência de enfermagem no cuidado às pessoas com lesões de pele, garantindo atendimento humanizado, integral e baseado nas melhores práticas clínicas.

Executantes: Enfermeiro(A)

Indicações: Pessoa Com Feridas

ANATOMIA DA PELE

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando 15% do seu peso. Pode ser classificada quanto às camadas da pele e quanto às funções.

CAMADAS

Epiderme (externa) Camada mais externa de células epiteliais estratificadas. Sua espessura varia de 0,1mm nas pálpebras até 1 mm nas palmas das mãos e planta dos pés. É composta predominantemente de queratinócitos.

Derme (intermediária) Constitui a maior porção da pele, localiza-se logo abaixo da epiderme, propicia força e estrutura. Tem duas camadas: papilar e reticular. É formada por células fibroblásticas, nervos, glândula sudoríparas e sebáceas, raízes, pelos, vasos sanguíneos e linfáticos.

Hipoderme (interna) Também denominado de tecido celular subcutâneo, é composta principalmente de tecido adiposo.

FUNÇÕES

Proteção: Proporcionar barreira efetiva contra perda hídrica e fatores externos ambientais. É a base para a organização e regeneração tecidual, permeabilidade seletiva, barreira física, junção entre epitélio e camadas

adjacentes.

Sensação: As funções receptoras da pele, devido as terminações nervosas, são: sentir temperatura, dor, toque suave e pressão.

Equilíbrio Hídrico: Absorver água, impedindo a perda excessiva de água e eletrólitos a partir da porção interna do corpo, retendo a umidade nos tecidos subcutâneos.

Regulação da temperatura: Reduzir a perda de calor do corpo através da contração dos vasos sanguíneos.

Produção da temperatura: A pele exposta a luz ultravioleta tem a capacidade de transformar substâncias necessárias para sintetizar a vitamina D.

FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO

As feridas podem ser classificadas quanto ao processo de cicatrização e quanto as formas de cicatrização e quanto ao conteúdo microbiano.

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO.

Agudas: Ferida que persiste até 14 dias depois de intervenção cirúrgica ou trauma (lacerações, lesões por esmagamento e queimaduras)

Crônicas: Ferida que continua a necessitar de tratamento depois de seis semanas do seu aparecimento. São exemplos: úlceras de perna (arteriais, venosas, flebites, celulites, neoplásicas, neuropáticas), úlceras de pressão, feridas traumáticas, feridas cirúrgicas, feridas neoplásicas.

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AS FORMAS DE CICATRIZAÇÃO

Cicatrização por 1ª. intenção primária: Caracteriza-se pelo reparo cirúrgico primário, que se dá através da aproximação das margens fechamento (suturas, fitas, grampos) de uma ferida não infectada, sem que evolua com complicações. A completa cicatrização se dá de 8 a 10 dias.

Cicatrização por 2ª. Intenção: Ocorre em lesões que permaneceram abertas, de forma intencional ou não, evoluíram com tecido de granulação e cicatrizaram por contração tecidual e crescimento secundário de tecido de epitalização. Também se evidencia em feridas que o fechamento primário deixou de ocorrer devido a processos infecciosos e traumas extensos, que impossibilitaram a aproximação das bordas da ferida

A cicatrização por 3ª. Intenção: Ocorre quando as feridas não são suturadas primariamente ou quando ocorrem complicações do tipo deiscência da sutura, em que a ferida é deixada aberta para permitir a drenagem, seja para descompressão ou para controle de contaminação. Quando as condições da ferida melhoram, o paciente é submetido a uma nova cirurgia para fechamento.

QUANTO AO CONTEÚDO MICROBIANO

Limpas Ferida em condições assépticas, sem contaminação. Realizada em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, são resultantes de uma cirurgia eletiva, não traumática, não infectada.

Limpas contaminadas: Ferida com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa

Contaminadas: Ferida com tempo superior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem sinais de infecção.

Infectadas: Feridas com presença de agente infeccioso no local, com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo conter pus.

FASES DE CICATRIZAÇÃO

- **INFLAMATÓRIA:** Inicia-se após o trauma resultando em reparo e substituição de células mortas e danificadas por células saudáveis.
- **MANIFESTAÇÃO/SINAIS E DURAÇÃO:** Sinais clássicos da inflamação, como edema, hiperemia, calor moderado e queixa de dor. Duração: 4 a 5 dias.
- **PROLIFERATIVA OU DE RECONSTRUÇÃO:** Processo de produção do colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e reepitelização.
- **MANIFESTAÇÃO/SINAIS E DURAÇÃO:** Sinais clássicos da inflamação, como edema, hiperemia, calor moderado e queixa de dor. Duração: 4 a 5 dias.
- **PROLIFERATIVA OU DE RECONSTRUÇÃO:** Processo de produção do colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da

ferida e reepitelização.

- **MANIFESTAÇÃO/SINAIS E DURAÇÃO:** Halo palpável entre 5º e 9º dias após a lesão. A duração desta fase é em média, de 12 a 14 dias.
- **EPITELIZAÇÃO** Fase em que as células epiteliais recobrem a ferida.

MANIFESTAÇÃO/SINAIS E DURAÇÃO: Presença de tecido de granulação. Tem duração variável. Pode iniciar no 2º dia nas feridas por primeira intenção ou somente após o preenchimento da cavidade nas feridas que cicatrizam por segunda intenção.

REMODELAÇÃO OU MATURAÇÃO: Fase final do processo de cicatrização, onde ocorre a reorganização do colágeno.

MANIFESTAÇÃO/SINAIS E DURAÇÃO: Esse processo pode iniciar por volta da terceira semana após o trauma e se prorrogar por vários meses, podendo até mesmo demandar mais de um ano.

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM FERIDA/LESÃO

As pessoas serão acompanhadas por toda equipe de saúde, levando em consideração suas particularidades e as atribuições de cada profissional. A primeira avaliação e condutas iniciais serão realizadas pelo Enfermeiro. A partir disso, a equipe realizará o cuidado compartilhado.

1ª Consulta de Enfermagem: Exame físico, avaliar ferida(s), achados laboratoriais relacionadas à doença de base e à ferida, Solicitar hemograma, glicemia de jejum, Hemoglobina glicada - HbA1C e albumina sérica quando houver indicação e desde que não haja resultados com período inferior a seis meses, solicitar Swab-cultura e antibiograma do exsudato, em caso de sinais clínicos de infecção, definir o tipo de curativo e prescrevê-lo, executar o curativo, realizar, se necessário, o desbridamento mecânico/instrumental, determinar o período de troca do curativo, fazer recomendações à pessoa (dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária, fazer encaminhamento para o médico da Unidade, se necessário e agendar retorno.

Consultas Subsequentes: Avaliar aspecto do curativo anterior, avaliar o aspecto da ferida, mensurar a ferida a cada 15 dias, registrar a evolução, repetir exames laboratoriais quando necessário (exame inicial alterado, dificuldade na cicatrização da lesão), trocar curativo juntamente à equipe de Enfermagem, programar os retornos, realizar as avaliações de retorno após cura, anotando na evolução os aspectos tópicos da área de epitelização e considerações gerais.

Obs. Nutrientes que interferem diretamente no processo de cicatrização das feridas: Vitamina A, Vitaminas do complexo B, Vitamina C, Vitamina E, Oligoelementos (zinco, ferro, cobre e manganês), Água e Proteínas.

TRATAMENTO DE FERIDAS/LESÕES

Limpeza da ferida: A técnica de limpeza ideal para a ferida é aquela que respeita o tecido de granulação, preserva o potencial de recuperação, minimiza o risco de trauma e/ou infecção. Deve ser realizada com soro fisiológico a 0,9%, utilizando seringa de 20 ml e agulha 40X12 ou 30X8 mm, ou irrigação com soro fisiológico 0,9%, em frascos de 125 ou 250 ml perfurando o dispositivo auto vedante com a agulha de 40x12 ou 30X81. A irrigação em jatos é utilizada somente para tecidos de granulação. O soro fisiológico deve ser morno, em torno de 37°. Limpar a ferida com soro frio provoca um atraso na cicatrização. Recomenda-se técnica estéril em UBS e limpa domiciliar.

Desbridamento/: Entende-se por desbridamento o processo de remoção do tecido morto, inviável/desvitalizado, infectado, hiperqueratose, corpos estranhos, microorganismos ou qualquer outra carga biológica presente na ferida e/ou área perilesional. A presença de tecido desvitalizado / necrosado no leito da ferida constitui uma barreira mecânica ao processo de cicatrização, pois favorece o crescimento bacteriano, aumentando o risco de infecção e mascara as reais dimensões da ferida e sua consequente avaliação.

O desbridamento das feridas é de competência do enfermeiro, antes de realizá-lo deve-se avaliar quando desbridar e quando não desbridar:

QUANDO DESBRIDAR: Condições clínicas / Doença de base / Perfusão Sanguínea / Condição Mental / emocional / Necrose (Tipo, Quantidade,

Aderência).

QUANDO NÃO DESBRIDAR: Doente em fase terminal / Escara estável em calcâneo / Escara seca em membros isquêmicos/Terapias anticoagulantes e distúrbios hemorrágicos.

TIPO AUTOLÍTICO: Trata-se de um método seletivo e atraumático, porém pode ser mais prolongado.

INDICAÇÃO: feridas com tecido necrótico. **Contraindicações:** úlceras isquêmicas e fúngicas.

PROCEDIMENTO:

- Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% morno, em jato.
- Para melhorar a ação é útil a realização de “cortes” paralelos com bisturi no tecido necrosado duro e seco
- Secar a pele íntegra da periferia, aplicar a cobertura que garanta um ambiente propício
- A aplicação de hidrogéis (constituídos em 70% a 90% por água) intensifica o processo fisiológico do desbridamento.

ENZIMÁTICO OU MICO: Aplicação local de enzimas, que removem o tecido desvitalizado através da degradação do colágeno.

INDICAÇÕES: feridas com tecido necrótico, independente da sua característica.

CONTRAINDICAÇÕES: úlceras isquêmicas, fúngicas e neoplásicas; pacientes com distúrbios de coagulação.

PROCEDIMENTO:

1. Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% morno, em jato.
2. Secar pele íntegra da periferia, aplicar fina camada do produto indicado sobre o leito da lesão. Os mais utilizados são: colagenase (pode danificar o tecido viável) e papaína (não danifica o tecido viável). A pele perilesional deve ser protegida com produto barreira dado o risco de maceração.
3. Ocluir a lesão.

INSTRUMENTAL: Técnica estéril. Mais rápido e barato. Emprega-se

tesouras, lâminas de bisturi e outros instrumentais.

INDICAÇÕES: úlcera estágio III.

CONTRAINDICAÇÕES: pacientes com coagulopatias, uso de anticoagulantes, agitação, feridas isquêmicas ou quando não se pode identificar claramente a interface entre o tecido viável e o inviável. Úlceras fúngicas e neoplásicas, com exposição de tendão.

PROCEDIMENTO Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% morno, em jato. Para o desbridamento instrumental, pode-se utilizar as seguintes técnicas:

- Slice - remoção da necrose é feita com auxílio de tesoura ou bisturi. Pinçar o tecido necrótico na borda, com a pinça de dissecação; dissecar o tecido necrótico em finas lâminas, em um único sentido, utilizando a lâmina de bisturi;
- *Square – com a lamina de bisturi realizar pequenos quadradinhos (de 2 mm a 0,5 cm) no tecido necrótico que posteriormente podem ser delicadamente removidos da ferida um a um, sem risco de comprometimento tecidual mais profundo. Esta técnica também pode ser utilizada para facilitar a penetração de substâncias desbridantes no tecido necrótico.
- Cover - a necrose é removida em forma de tampa, as bordas do tecido necrótico são deslocadas, assim, é possível visualizar e retirar o tecido comprometido do íntegro. O enfermeiro devidamente habilitado poderá realizar o desbridamento instrumental, conforme protocolo instituído.
- Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável, em caso de sangramento, queixa de dor, cansaço (do cliente/paciente ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional.

MECÂNICO: Remoção do tecido morto usando força física: fricção, hidroterapia, irrigação, entre outros. Pode prejudicar o tecido de granulação.

INDICAÇÃO: lesões agudas com sujidade;

CONTRA INDICAÇÃO: lesão crônica **PROCEDIMENTO:** Fricção:

- Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% morno, em jato
- Esfregar a gaze ou esponja embebida com solução salina no leito da lesão em um único sentido;
- Arrancar, num movimento único, a gaze do leito da lesão após 24h da aplicação desta embebida em soro fisiológico 0,9%..

CIRURGICO: Consiste na ressecção da necrose e parte do tecido viável, tornando a ferida crônica em aguda.

INDICAÇÃO/CONTRA INDICAÇÃO Método rápido para a retirada de tecido desvitalizado, no entanto tem custo elevado risco anestésico, sangramentos e infecção.

PROCEDIMENTO: Procedimento médico.

COBERTURAS, SOLUÇÕES E CREMES

A seleção correta da cobertura da ferida contribui para o processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesado. Hoje temos ao nosso dispor uma variedade enorme de produtos para tratamento e prevenção de feridas cujos efeitos terapêuticos se baseiam em princípios favorecedores da cicatrização com menos efeitos secundários e maior qualidade.

CONTROLE DA DOR E USO DE ANALGÉSICO

O controle da dor deve ser prioritário na abordagem da pessoa portadora de ferida. O controle da dor passa por intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As estratégias não farmacológicas incluem a distração, técnicas de relaxamento e o envolvimento informado e esclarecido do doente

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:

DOR LEVE

Dipirona 500 mg: 1 cp 30 minutos antes do curativo.
6/6 horas, se necessário.

Paracetamol 500 mg: 1 cp 30 minutos antes do curativo.
6/6 horas, se necessário.

Ibuprofeno 300 mg: 1 cp de 8/8 horas, se não tiver
controle da dor com analgesia anterior.

Ibuprofeno 600mg: 1cp de 8/8 horas, se não tiver
controle da dor com analgesia anterior.

OBSERVAÇÃO: Enfermeiro deverá optar por um dos fármacos. Caso avaliar que necessita de associação, realizar consulta compartilhada com o médico. Para dores leves decorrentes de feridas agudas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo 7 dias. Para dores leves decorrentes de feridas crônicas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo 14 dias e agendar consulta médica compartilhada subsequente para reavaliação.

Orientar paciente a retornar se ocorrer alguma reação adversa ou caso a analgesia não esteja sendo suficiente. Ao longo de todo este processo os profissionais de saúde devem estar sempre atentos a possíveis efeitos adversos.

LESÃO POR PRESSÃO/CLASSIFICAÇÃO

ESTÁGIO 1 Pele íntegra - Eritema não branqueável ao toque digital. Em pele de pigmentação escura, a sua cor pode ser diferente a área circundante. Pode ser mais dolorido, intumescimento/amolecimento, quente/ frio que o tecido adjacente.

ESTÁGIO 2 Perda da pele em sua espessura parcial - leito de coloração rosa ou vermelha, sem tecido desvitalizado. Úmido. Pode apresentar-se em bolha íntacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. A equimose é um indicador de suspeita de lesão nos tecidos profundos

ESTÁGIO 3 Perda da pele em sua espessura total – tecido adiposo visível, granulação, epíbole (lesão com bordas enroladas). Pode haver tecido desvitalizado, descolamento, túneis.

ESTÁGIO 4 Perda da pele em sua espessura total e perda tissular – leito com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, tornando possível a osteomielite. Tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seco), epíbole, deslocamentos e túneis podem estar presentes.

NÃO CLASSIFICÁVEL OU NÃO ESTADIÁVEL Perda da espessura total da pele e a perda tissular não é visível - dano não pode ser confirmado porque está encoberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Ao ser removido estágio 3 ou 4. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA Pele íntegra ou não, com área de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica de leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura.

LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO

Lesão com padrão ou forma do dispositivo.

LESÃO POR PRESSÃO EM MEMBRANAS E MUCOSAS Lesão em membranas mucosas com histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano.

PÉ DIABÉTICO

ASPECTO ESPECÍFICO E CLASSIFICAÇÃO

Pode ser classificado, segundo sua etiopatogenia, em Neuropático, Vascular (também chamado isquêmico) ou misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

Sinais e Sintomas do Pé Neuropático

Parâmetro	Características
Temperatura	Pé quente ou morno.
Coloração	Normal ou discretamente avermelhada.
Aspecto da pele	Pele seca, fissurada e com hiperqueratose.
Deformidades	Dedos em garra, dedos em martelo, hálux valgo e Pé de Charcot.
Dor e sensibilidade	Sensibilidade diminuída ou ausente; pode haver queimação, formigamento ou dor em "pontadas", principalmente à noite.
Pulsos pediosos	Geralmente presentes e simétricos.
Calosidades	Frequentes nas áreas de maior pressão plantar.
Edema	Pode estar presente.
Úlceras	Localizadas principalmente nas cabeças dos metatarsos, calcâneo e pododáctilos; geralmente indolores e circundadas por calosidade.

Quadro – Sinais e Sintomas do Pé Isquêmico

Parâmetro	Características Clínicas
Temperatura do pé	Frio à palpação.
Coloração do pé	Pálido à elevação e cianótico ou ruborizado ao declive.
Aspecto da pele	Pele fina, brilhante, atrófica e com redução de pelos.
Deformidades	Geralmente ausentes.
Dor e sensibilidade	Claudicação intermitente (dor em câimbra ou peso ao caminhar), aliviada com o repouso; nos casos avançados, dor em repouso.
Pulsos pediosos	Diminuídos ou ausentes.
Calosidades	Geralmente ausentes.
Edema	Geralmente ausente.
Localização das úlceras	Bordas laterais dos dedos, extremidades dos pododáctilos e áreas de trauma; úlceras dolorosas, com bordas bem definidas e sem halo de hiperqueratose.

ÚLCERAS DE MEMBROS INFERIORES (VENOSA E ARTERIAL)

CARACTERÍSTICAS VENOSA : Representam o mais avançado estágio da Insuficiência Venosa Crônica, sendo causadas essencialmente por Hipertensão Venosa. São caracterizadas pela destruição das camadas da pele. Causam dor, distúrbios do sono, mobilidade restrita, dependência e isolamento social, afetando de modo expressivo a produtividade e a qualidade de vida das pessoas acometidas.

SINAIS E SINTOMAS: Bordas irregulares; presença de exsudato amarelo; lipodermatoesclerose; únicas ou múltiplas de tamanho variado; progressão lenta com início súbito; localizadas próximas ao maléolo, podendo estar cicatrizada ou ativa. Outros sinais e sintomas associados à insuficiência venosa podem ser: fadiga, dor e/ou desconforto nas pernas; sensação de peso nas pernas; câibras nas pernas; telangiectasia; veias tortuosas dilatadas; e, pele ressecada e escamosa.

ARTERIAL: A Úlcera Arterial em MMII tem como fator etiológico a Doença Arterial Periférica (DAP) que se desenvolve devido à oclusão arterial nos membros inferiores. Prevalência acima de 60 anos e em mulheres.

SINTOMAS: Ferida circular profunda bem demarcada e solapada; ausência de tecido de granulação viável; pálida; necrótica, localiza-se nos artelhos, calcâneos, espaços interdigitais e proeminências ósseas dos pés. Sinais e sintomas adicionais que podem conduzir a um diagnóstico de DAP na presença dos fatores de risco são: câibras na panturrilha ou no pé ao caminhar, as quais são aliviadas quando em repouso; dor aumentada ao elevar o membro comprometido, e em repouso a noite, aliviada ao coloca-lo pendente (pé pendurado); dor na coxa ou nádegas ao andar, a qual é aliviada quando em repouso; disfunção erétil; dor mais intensa em uma perna; pulso reduzido ou ausente; tempo de enchimento capilar reduzido; e, claudicação intermitente.

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA – DAÍ

A Dermatite Associada a Incontinência (DAI) é uma inflamação da pele na região perineal, perigenital, perianal e adjacências, provenientes do contato com urina ou fezes. São caracterizadas por erupções cutâneas da epiderme e

aparência macerada da pele.

CUIDADOS A PARTIR DAS CONDIÇÕES DA PELE

- Limpar diariamente a pele perineal após cada episódio principal de incontinência empregando água e sabonete neutro, evitar esfregar a pele, utilizar uma toalha macia ou compressa, aplicar o Creme Barreira Durável e sem ardor (óxido de zinco), tratar a candidíase cutânea se necessário
- OXIDO DE ZINCO Nas trocas de fralda
- NITRATO DE MICONAZOL OU CLOTRIMAZOL CREME 2 x ao dia por
- 7-14 dias ou até melhora das lesões (quando apresentar infecção fúngica associada)

QUEIMADURAS

São feridas traumáticas normalmente causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que podem destruir parcialmente ou totalmente a pele e seus anexos.

GRAU DE PROFUNDIDADE

PRIMEIRO GRAU: Envolvem apenas a epiderme (espessura superficial). Apresentam dor, eritema e rubor. São secas, não formam flictena (bolhas) e descamam dentro de 5 a 6 dias. São autorregeneráveis. Típicas de queimadura solar.

SEGUNDO GRAU SUPERFICIAL Envolvem a epiderme e a derme superior (espessura parcial). Apresentam dor, eritema e formam flictenas (bolhas). A base da bolha é rósea, úmida e dolorosa. São autorregeneráveis, com perda de características e com processo mais prolongado. Geralmente existe epiteliação sem sequelas. Restauração das lesões entre 7 e 21 dias. Típica lesão por escaldadura.

SEGUNDO GRAU PROFUNDA Envolvem a epiderme e a derme profunda (espessura parcial). Apresentam dor e formam flictenas (bolhas). A base da bolha é branca, seca e indolor. A epiteliação depende de diversos fatores. Há

possibilidade de sequelas. As vezes há necessidade de enxertia. Típica lesão por escaldadura

TERCEIRO GRAU Envolvem a epiderme, derme e lesões nos apêndices (espessura total). Não apresentam dor, nem flictenas. A pele geralmente é esbranquiçada, castanha ou escura dependendo do agente causal. A cicatrização depende de diversos fatores. Difícil reepitelização. Podem necessitar de enxertia. Sequelas frequentes e prováveis. Típicas de lesão por fogo ou contato.

QUARTO GRAU Envolvem o tecido subcutâneo subjacente, tendões ou ossos. Típicas de lesão elétrica de alta voltagem.

TRATAMENTO

O tratamento de queimaduras está relacionado aos aspectos sistêmicos e locais. Para o tratamento local deve-se realizar a limpeza e cobertura da lesão a fim de auxiliar a prevenção de infecções e restabelecer a integridade do tecido.

Consiste em:

Limpar a lesão, remover tecido desvitalizado, se necessário, em queimaduras de primeiro grau, prescrever AGE, aplicar produtos/coberturas que apoiem o processo cicatricial, consoante a fase em que a ferida se encontra. Na presença de flictema, limpeza delicada com SF 0,9% em jato, aspirar flictena na base, com seringa de insulina e agulha 25x8mm e preservar a pele queimada. OU Desbridar flictenas retirar tecido desvitalizado com auxílio de tesoura ou pinças estéreis, utilizar sulfadiazina 1% pomada e cobrir com curativo não aderente, trocar a cada 24 horas.

Não há tempo máximo para aguardar até a realização da drenagem/desbridamento.

Coberturas, soluções e cremes mais comuns

MATERIAL	DESCRIÇÃO	AÇÃO	INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO	APLICAÇÃO E TROCA
ALGINATO DE CALCIO	Fibras de ácido alginico. Contém também íons de cálcio e sódio. Apresentação em forma de placa ou cordão estéril.	Promove a hemostasia, absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade e promove a granulação, além do desbridamento autolítico.	Indicações: feridas com ou sem infecção, com exsudação de moderada a intensa, com ou sem tecido necrótico e com ou sem sangramento. Contraindicações: feridas superficiais e feridas com pouca drenagem de exsudato.	Pode ser recortado, mas deve utilizar tesoura estéril. Remover sem luvas ou pinças estéreis. O alginato de cálcio placa de absorção horizontal, deve ser recortado no tamanho certo da ferida, evitando a maceração em pele ao redor. Em caso de alginato de absorção vertical, recortar de 1 a 2 cm além da borda da ferida. Deve estar adaptado e preencher os espaços. Em feridas cavitárias utilizar a forma fita preenchendo o espaço parcialmente. - Troca: a frequência de trocas é de acordo com a quantidade de exsudato presente na ferida podendo ser de até 7 dias. A cobertura secundária deverá ser trocada quando houver saturação.
AGEs	Podem conter 1 ou 2 AGEs, associados à vitamina E, A, à lectina da aloe, ao hialuronato de sódio e melaleuca.	Aumentam hidratação da pele e a microcirculação sanguínea.	Indicações: Prevenção de úlceras de pressão. Hidratação da pele. Irritação, processo de granulação de feridas. Contraindicações: Feridas muito exsudativas, feridas infectadas ou com necrose.	Umedecer as gazes de curativo e sufusante para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, cobrir com gazes estéreis e fixar. Troca: deve-se ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida ou no máximo a cada 24 horas.
COLAGENA IB		Possui fibras de colágeno e elastina, associado a ácido rosmarínico do lácteo viável.	Indicações: associado ao manejo avançado de feridas com tecido necrótico. Contraindicações: Feridas infectadas.	Umedecer as gazes de curativo e sufusante para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, cobrir com gazes estéreis e fixar. Proteger a pele perilesional devido risco de provocar sensibilização. Troca: deve-se ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida ou no máximo a cada 24 horas.
CURATIVO ABSORVENTE DE BAIXA ADERENCIA	Camada absorvente de não tecido, contendo a lectina, fibras de poliéster.	Absorção de exsudato e secreção de leito mantendo meio úmido adequado e além de evitar contato com a ferida.	Indicações: Proteção de lesões de pele. Infecções ou contaminadas, com níveis de exsudato nos aceitos ou moderados ou elevados. Para trocas frequentes. Contraindicações: alergia aos componentes da fórmula.	Promover limpeza da ferida com SF 0,9% em jato e secar a pele ao redor da ferida. Aplicar diretamente na lesão com a película microporifurada voltada para a superfície da mesma. Fixar com um curativo secundário. Não usar junto da solução como hipoclorito ou peróxido de hidrogênio. Troca: Igual curativo com gaze convencional. Caso haja muita secreção e/ou exsudato, realizar trocas mais frequentes. Remover cuidadosamente o curativo secundário e só então remover a placa.
FILME TRAN3-ARENTE	Filme de poliuretano transparente, fino, recoberto com um adesivo hipoalergênico que evita a pele de macerar e impermeável a água.	Favorece a cicatrização, proteção do meio úmido.	Indicações: Proteção de proeminências ósseas, cobertura secundária do curativo oclusivo. Contraindicações: Aplicação direta em ferida aberta, feridas muito exsudativas. Partes móveis.	Promover limpeza da ferida com SF 0,9% em jato e secar a pele ao redor da ferida. Aplicar pressionando na pele para vedação da proeminência óssea. Troca: a cada 72 horas. Em proeminência óssea, de 5 a 7 dias.
GAZE NÃO ADERENTE	Tecido 100% viscoso.	Protege a ferida, preserva leito de cicatrização. Evita a aderência ao leito da ferida.	Indicações: necessidade de evitar aderência ao curativo. Contraindicações: Feridas com secreção purulenta e com muito exsudato, feridas infectadas.	Troca: a cada troca de curativo.
	Disponível em forma de placa, grânulo, pasta e filtro, com tamanhos variados.	Estimula a granulação e a epitelização.	Indicações: tanças com baixa e moderada exsudação.	Leve ser aplicada diretamente sobre a lesão, colocando uma margem de 1 a 2 cm para perfeita aderência à pele íntegra. Pode ser recortado em formato e tamanho desejável.



SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

Coberturas, soluções e cremes mais comuns



MATERIAL	DESCRIÇÃO	AÇÃO	INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO	APLICAÇÃO E TROCA
HIDROCOLOIDE 	Semipermeável e adesivo, permite a difusão gasosa e evaporação da água.	Absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade e a temperatura em torno de 37°C.	Indicações: queimaduras superficiais, úlceras de pressão grau 1 e 2, feridas exsudativas infectadas, queimaduras de 1º e 2º grau. Contraindicações: feridas infectadas e com grande quantidade de exsudato.	- As bordas da placa não entram em contato com o leito da ferida. - Troca: quando ocorrer descolamento do gel ou descolamento das margens da placa, não ultrapassando 7 dias. Para retirar a placa, segurar com uma mão as bordas do curativo e com a outra puxar para longe do centro, esticando em paralelo. - Não exige cobertura secundária.
HIDROGEL 	Gel hidratante, transparente, viscosa e incolor composto por água (77,5%), carbômeros, trietanolamina (2,8%) e propilenoglicol (20%). Esta disponível na forma de gel e folhas.	Mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico. Não adere ao leito da ferida.	Indicações: fornecer umidade ao leito da ferida, remoção de crostas e tecido desvitalizado. Contraindicações: pele íntegra, ferida operatória infectada, feridas exsudativas.	- Deve ser aplicada diretamente sobre a ferida e deve ser usada sempre associada a cobertura secundária ou gaze. - Troca: alta de acordo com a saturação da cobertura secundária, ou até 72 horas quando associado com gaze.
PAPAÍNA 	Complexo de enzimas proteolíticas extraído do látex do mamão papaia.	Provoca descolação das moléculas de proteínas promovendo o desbridamento químico. Tem ação bactericida e bacteriostática e favorece o processo de cicatrização.	Indicações: feridas com tecido de granulação limpas ou infectadas. Papaína 5% é indicada para feridas que apresentam exsudato. Papaína 10% para feridas que apresentam tecido necrótico. Contraindicações: pele íntegra, ferida operatória fechada, presença de tecido de granulação, presença de malha.	- Umedecer as gazes de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, cobrir com gazes estéreis e fixar. - Troca: deverão ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida ou no máximo a cada 24 horas.
SORO FISIOLÓGICO 	Cloreto de sódio a 0,9%.	Mantém a umidade da ferida, favorecendo o desbridamento autolítico e a formação de tecido de granulação. Ameixa tecidos desvitalizados.	Indicações: manutenção da umidade da ferida. Contraindicações: não há.	- Umedecer as gazes de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, cobrir com gazes estéreis e fixar. - Troca: deverão ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida ou no máximo a cada 24 horas.
SULFADIAZINA DE PRATA 1% 	Creme de sulfadiazina de prata.	Bactericida.	Indicações: tratamento de queimaduras. Contraindicações: hipersensibilidade aos componentes, disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, gestantes, crianças menores de 2 meses de idade e RN prematuro.	- Umedecer as gazes de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, cobrir com gazes estéreis e fixar. - Manter o produto em temperatura ambiente entre 15-30°C ou conforme orientação descrita na bula. - Troca: a cada 24 horas e se gazes saturadas.
	Disponível em forma de placa, grânulo, pasta e filtro, com tamanhos variados.	Estimula a granulação e a epitelização.	Indicações: tanças com baixa e moderada exsudação.	Leve ser aplicada diretamente sobre a lesão, colocando uma margem de 1 a 2 cm para perfeita aderência à pele íntegra. Pode ser recortado em formato e tamanho desejável.



Todas as trocas devem seguir técnica asséptica e avaliação contínua da ferida.
Em caso de sinais de infecção (vermelhidão, calor, dor, edema, secreção purulenta), comunicar imediatamente a equipe.



PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ENFERMAGEM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) e Coleta do Exame Citopatológico do Colo do Útero

1. APRESENTAÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva constitui um dos eixos prioritários da Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, aconselhamento e acompanhamento das pessoas em todas as fases do ciclo de vida.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam importante problema de saúde pública devido à elevada incidência, potencial de transmissão, complicações clínicas e impacto sobre a saúde sexual, reprodutiva e neonatal. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família desempenha papel fundamental na identificação precoce dos casos, realização de testes rápidos, abordagem sindrômica, tratamento imediato, rastreamento de parceiros sexuais e desenvolvimento de ações educativas voltadas à prevenção e à interrupção da cadeia de transmissão.

Este protocolo também contempla as ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, incluindo a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), bem como o rastreamento do câncer do colo do útero por meio da coleta do exame citopatológico (Papanicolau), fortalecendo o acesso da população aos serviços de saúde e garantindo assistência integral, humanizada e baseada em evidências científicas.

Sua aplicação visa padronizar as condutas assistenciais dos profissionais de enfermagem, assegurando qualidade do cuidado, segurança do paciente, resolutividade clínica e conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Política Nacional de Atenção Básica.



2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Padronizar a assistência de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde, promovendo ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, aconselhamento, planejamento reprodutivo e acompanhamento das pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), bem como a realização da inserção do DIU e da coleta do exame citopatológico do colo do útero.

Objetivos Específicos

- Promover ações de educação em saúde voltadas à sexualidade responsável e ao planejamento reprodutivo.
- Identificar precocemente pessoas com sinais e sintomas sugestivos de IST.
- Realizar abordagem sindrômica conforme protocolos do Ministério da Saúde.
- Solicitar e interpretar exames previstos em protocolos institucionais.
- Realizar testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
- Instituir tratamento oportuno conforme protocolos clínicos.
- Orientar e realizar o manejo dos parceiros sexuais.
- Incentivar o uso correto e regular de preservativos.
- Realizar aconselhamento pré e pós-teste.
- Executar a coleta do exame citopatológico do colo do útero.
- Realizar inserção e acompanhamento do Dispositivo Intrauterino (DIU), conforme competências profissionais.
- Encaminhar usuários para atenção especializada quando indicado.
- Monitorar indicadores relacionados às IST, rastreamento do câncer do colo do útero e planejamento reprodutivo.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se às Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centros de Saúde e demais serviços de Atenção Primária administrados pela instituição.

Destina-se ao atendimento de adolescentes, adultos, gestantes, puérperas e pessoas em idade reprodutiva, respeitando as diretrizes da assistência integral à saúde.

4. EXECUTANTES

- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Técnico(a) de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Agente Comunitário de Saúde
- Equipe Multiprofissional (eMulti)

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Este protocolo fundamenta-se em:

- Lei nº 7.498/1986 – Exercício Profissional da Enfermagem;
- Decreto nº 94.406/1987;
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde;
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST;
- Manual Técnico para Prevenção do Câncer do Colo do Útero;
- Resoluções vigentes do COFEN relacionadas à Consulta de Enfermagem, prescrição conforme protocolos e inserção do DIU.



6. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

Compete ao enfermeiro:

- Realizar Consulta de Enfermagem em saúde sexual e reprodutiva.
- Executar abordagem sindrômica das IST.
- Solicitar exames previstos em protocolos institucionais.
- Realizar testes rápidos.
- Prescrever medicamentos conforme protocolos institucionais e legislação vigente.
- Realizar aconselhamento individual e coletivo.
- Promover busca ativa de parceiros sexuais.
- Realizar coleta do exame citopatológico.
- Realizar inserção e acompanhamento do DIU quando habilitado.
- Encaminhar usuários para outros níveis de atenção quando necessário.
- Registrar todas as ações no prontuário eletrônico.

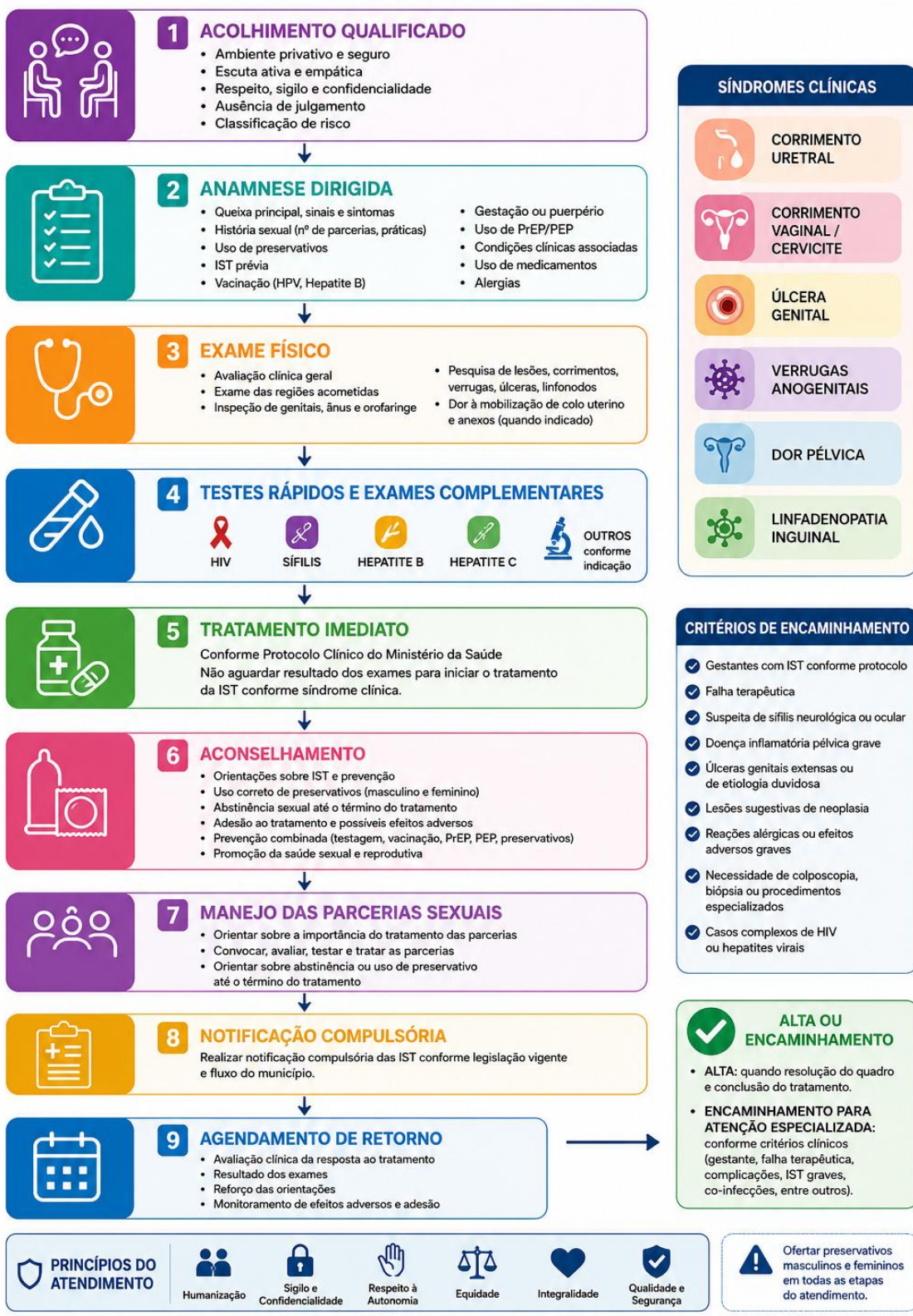
ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

A abordagem sindrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constitui uma estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde para o manejo clínico das pessoas com sinais e sintomas sugestivos dessas infecções na Atenção Primária à Saúde. Baseia-se na identificação de síndromes clínicas, permitindo o diagnóstico e o tratamento imediato, sem a necessidade de aguardar resultados laboratoriais, reduzindo a transmissão, prevenindo complicações e promovendo maior resolutividade da assistência.

Na Atenção Primária, essa abordagem deve integrar a Consulta de Enfermagem e a Consulta Médica, contemplando acolhimento, avaliação clínica, realização de testes rápidos, tratamento oportuno, aconselhamento, manejo das parcerias sexuais, educação em saúde e acompanhamento dos usuários.

FLUXO ASSISTENCIAL – PESSOA COM SUSPEITA DE IST

Atenção Primária à Saúde



Objetivo Geral

Padronizar a assistência às pessoas com suspeita de Infecção Sexualmente Transmissível por meio da abordagem sindrômica, assegurando diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de complicações e interrupção da cadeia de transmissão.

Objetivos Específicos

- Identificar precocemente as principais síndromes relacionadas às IST.
- Instituir tratamento imediato conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.
- Reduzir o risco de transmissão das IST.
- Promover aconselhamento e educação em saúde.
- Incentivar o uso correto e consistente de preservativos.
- Realizar manejo e tratamento das parcerias sexuais.
- Solicitar exames complementares e testes rápidos quando indicados.
- Encaminhar usuários para serviços especializados nos casos de maior complexidade.
- Garantir acompanhamento clínico e vigilância epidemiológica.

Definição

A abordagem sindrômica consiste na identificação de conjuntos de sinais e sintomas característicos das Infecções Sexualmente Transmissíveis, permitindo a definição da conduta terapêutica durante a própria consulta, mesmo na ausência da confirmação laboratorial. Essa estratégia favorece o início precoce do tratamento, reduz o tempo de transmissibilidade e amplia a resolutividade dos serviços de Atenção Primária.

Principais Síndromes Atendidas

- Corrimento uretral;
- Corrimento vaginal;
- Úlcera genital;
- Dor pélvica (Doença Inflamatória Pélvica);
- Verrugas anogenitais (HPV);
- Herpes genital;

- Linfadenopatia inguinal.

Fluxo Assistencial

O atendimento deve iniciar-se pelo acolhimento do usuário, garantindo escuta qualificada, privacidade, sigilo e respeito às diversidades. Em seguida, deve ser realizada anamnese detalhada, investigando sinais e sintomas, histórico sexual, uso de preservativos, número de parceiros, gestação, tratamentos anteriores e fatores de risco.

O exame físico deve contemplar avaliação da região genital, inspeção de lesões, corrimentos, verrugas, linfonodos inguinais e, quando indicado, exame ginecológico com espéculo e toque bimanual.

Após a avaliação clínica, o profissional deverá identificar a síndrome predominante, ofertar testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais, solicitar exames complementares quando necessários e instituir imediatamente o tratamento conforme os protocolos vigentes do Ministério da Saúde.

Aconselhamento

Todos os usuários deverão receber orientações sobre:

- importância da adesão ao tratamento;
- necessidade de concluir o esquema terapêutico;
- abstinência sexual até o término do tratamento e desaparecimento dos sintomas;
- uso correto e consistente de preservativos;
- prevenção de novas infecções;
- realização dos testes rápidos;
- retorno para reavaliação quando indicado.

Manejo das Parcerias Sexuais

As parcerias sexuais devem ser orientadas, avaliadas e tratadas conforme o diagnóstico ou abordagem sindrômica, reduzindo o risco de reinfecção e interrompendo a cadeia de transmissão das IST. Sempre que possível, deve-se estimular a comunicação entre os parceiros e facilitar o acesso ao tratamento.

Ações Complementares

Devem ser realizadas de forma integrada:

- oferta de preservativos masculinos e femininos;
- realização de testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C;
- atualização do calendário vacinal, especialmente Hepatite B e HPV, conforme indicação;
- notificação compulsória dos agravos previstos na legislação vigente;
- registro completo em prontuário eletrônico;
- agendamento de retorno para acompanhamento clínico.

CrITÉRIOS de Encaminhamento para Atenção Especializada

Encaminhar o usuário quando houver:

- Gestante com suspeita ou confirmação de IST conforme protocolo específico;
- Falha terapêutica após tratamento adequado;
- Suspeita de sífilis neurológica ou ocular;
- Doença inflamatória pélvica grave;
- Úlceras genitais extensas ou de etiologia duvidosa;
- Lesões sugestivas de neoplasia;
- Reações alérgicas graves aos medicamentos;
- Necessidade de colposcopia, biópsia ou procedimentos especializados;
- Casos complexos de HIV ou hepatites virais.

Indicadores de Qualidade Assistencial

- Percentual de usuários testados para HIV e Sífilis.
- Percentual de tratamento iniciado na primeira consulta.
- Percentual de parceiros tratados.
- Taxa de retorno para acompanhamento.
- Número de casos notificados.
- Percentual de usuários orientados quanto ao uso de preservativos.
- Taxa de reinfeção por IST.

Abordagem Sindrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis

A abordagem sindrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é uma estratégia clínica recomendada pelo Ministério da Saúde para o manejo oportuno das principais síndromes relacionadas às IST na Atenção Primária à Saúde (APS). Baseia-se na identificação dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário, permitindo a instituição imediata do tratamento, independentemente da confirmação laboratorial, reduzindo complicações, interrompendo a cadeia de transmissão e ampliando a resolutividade da assistência.

Na Estratégia Saúde da Família, essa metodologia representa importante ferramenta para qualificar o cuidado, garantindo atendimento integral, humanizado e resolutivo, especialmente diante da elevada frequência de infecções assintomáticas ou de manifestações clínicas inespecíficas.

Além do tratamento clínico, a abordagem sindrômica contempla ações de educação em saúde, prevenção combinada, aconselhamento, manejo das parcerias sexuais, vigilância epidemiológica, notificação compulsória e acompanhamento longitudinal dos usuários.

Objetivo

Padronizar a assistência às pessoas com suspeita ou confirmação de Infecções Sexualmente Transmissíveis por meio da abordagem sindrômica, garantindo diagnóstico clínico precoce, tratamento oportuno, prevenção de complicações, redução da transmissão e qualificação do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Objetivos Específicos

Promover o diagnóstico precoce das IST por meio da identificação das principais síndromes clínicas.

Instituir tratamento imediato conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Reduzir a ocorrência de complicações, sequelas e reinfecções.

Interromper a cadeia de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis.

Prevenir a transmissão vertical durante a gestação.

Garantir a avaliação e o tratamento das parcerias sexuais.

Fortalecer as estratégias de prevenção combinada.
Qualificar os registros clínicos e as notificações compulsórias.
Monitorar indicadores relacionados à assistência prestada.

Indicações

A abordagem sindrômica deverá ser aplicada aos usuários que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, como corrimento uretral ou vaginal, cervicite, úlcera genital, verrugas anogenitais, dor pélvica, linfadenopatia inguinal, disúria associada à suspeita de IST, proctite ou outras manifestações compatíveis.

Princípios da Assistência

Toda assistência deverá ser pautada pelos princípios da humanização, integralidade, equidade, confidencialidade, privacidade, acolhimento qualificado, respeito à autonomia do usuário, sigilo profissional, prática baseada em evidências científicas e segurança do paciente.

Fluxo Assistencial

O atendimento deverá iniciar-se com acolhimento qualificado, garantindo ambiente reservado, escuta ativa, respeito, privacidade, confidencialidade e ausência de qualquer forma de discriminação ou julgamento.

Na sequência, deverá ser realizada consulta médica ou de enfermagem contemplando anamnese detalhada e exame físico direcionado. Durante a anamnese deverão ser investigados o início e a evolução dos sintomas, história sexual, número de parcerias, uso de preservativos, histórico prévio de IST, vacinação contra HPV e Hepatite B, gestação, utilização de PrEP ou PEP, uso recente de medicamentos e presença de comorbidades.

O exame físico deverá incluir avaliação clínica geral e inspeção das regiões acometidas, com identificação de corrimentos, úlceras, verrugas, linfonodos aumentados, sinais inflamatórios e outras alterações compatíveis com infecções sexualmente transmissíveis.

Após a avaliação clínica, deverá ser identificada a síndrome predominante, direcionando o manejo conforme os protocolos assistenciais específicos para corrimento uretral, corrimento vaginal, cervicite, úlcera genital,

verrugas anogenitais, dor pélvica ou outras manifestações clínicas.

Sempre que disponíveis e indicados, deverão ser realizados testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como outros exames laboratoriais complementares, sem que sua realização retarde o início do tratamento.

O tratamento deverá ser instituído imediatamente após a definição do diagnóstico clínico ou sindrômico, observando os protocolos vigentes, as condições clínicas do usuário, possíveis contraindicações, estado gestacional e histórico de alergias medicamentosas.

Durante todo o atendimento deverão ser desenvolvidas ações de aconselhamento individual, com orientações sobre formas de transmissão, prevenção, uso correto e consistente de preservativos, adesão ao tratamento, abstinência sexual até sua conclusão, vacinação quando indicada e importância do tratamento das parcerias sexuais.

As parcerias sexuais deverão ser orientadas quanto à necessidade de avaliação clínica, realização de testes e tratamento conforme protocolos vigentes, mesmo quando assintomáticas, contribuindo para interromper a cadeia de transmissão e reduzir o risco de reinfecções.

Os casos sujeitos à vigilância epidemiológica deverão ser notificados conforme a legislação vigente e registrados adequadamente nos sistemas oficiais de informação.

Após a conclusão do atendimento inicial, deverá ser programado retorno para avaliação clínica, acompanhamento da resposta terapêutica, análise dos exames realizados, reforço das orientações e monitoramento da adesão ao tratamento.

Os usuários que apresentarem critérios de gravidade, falha terapêutica, suspeita de neurosífilis, sífilis ocular, doença inflamatória pélvica grave, lesões sugestivas de neoplasia, necessidade de procedimentos especializados ou outras condições que excedam a capacidade resolutive da Atenção Primária deverão ser encaminhados para os serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde.

Síndromes Clínicas Prioritárias

A abordagem sindrômica contempla principalmente as síndromes de corrimento uretral, corrimento vaginal, cervicite, úlcera genital, verrugas

anogenitais, dor pélvica e linfadenopatia inguinal, cada uma com protocolo específico de investigação, tratamento e acompanhamento.

Indicadores de Monitoramento

A qualidade da assistência deverá ser acompanhada por meio do monitoramento da cobertura de testes rápidos, percentual de usuários tratados na primeira consulta, percentual de parcerias tratadas, oportunidade das notificações compulsórias, cobertura vacinal para HPV e Hepatite B, adesão ao tratamento, taxa de reinfecção, percentual de registros completos em prontuário e redução das complicações relacionadas às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Considerações Finais

A abordagem sindrômica representa uma estratégia essencial para qualificar a assistência às Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Sua aplicação sistemática permite tratamento oportuno, redução da transmissão, prevenção de complicações, fortalecimento das ações de promoção da saúde e ampliação da resolutividade das equipes da Estratégia Saúde da Família, contribuindo para a melhoria dos indicadores assistenciais e para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Sífilis

Definição

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de evolução sistêmica e curso crônico quando não tratada. A transmissão ocorre predominantemente por contato sexual desprotegido, podendo ocorrer também por transmissão vertical durante a gestação, parto ou, raramente, por transfusão de sangue contaminado.

A infecção caracteriza-se por diferentes estágios clínicos, alternando períodos de atividade e latência. Quando não diagnosticada e tratada oportunamente, pode evoluir para formas graves, comprometendo os sistemas nervoso, cardiovascular e outros órgãos, além de representar importante causa de aborto, natimortalidade, prematuridade e sífilis congênita.

Na Atenção Primária à Saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento

imediatos constituem medidas essenciais para interromper a cadeia de transmissão e prevenir complicações.

Manifestações Clínicas

A sífilis apresenta evolução clínica dividida em sífilis primária, secundária, latente e terciária.

Na fase primária, caracteriza-se pela presença do cancro duro, geralmente único, indolor, de bordas endurecidas e fundo limpo, acompanhado ou não de linfadenopatia regional.

A fase secundária ocorre semanas após o desaparecimento da lesão inicial, apresentando manifestações cutaneomucosas disseminadas, exantema envolvendo palmas das mãos e plantas dos pés, placas mucosas, alopecia em clareira, febre, mal-estar e linfonodomegalias.

A sífilis latente caracteriza-se pela ausência de sinais e sintomas clínicos, sendo diagnosticada apenas por exames sorológicos.

A fase terciária pode surgir anos após a infecção inicial, comprometendo sistemas cardiovascular, neurológico e osteoarticular, com elevada morbidade.

Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica associada aos exames laboratoriais.

Na Atenção Primária recomenda-se a realização do Teste Rápido para Sífilis, permitindo diagnóstico imediato e início oportuno do tratamento.

Os testes não treponêmicos, como o VDRL, são utilizados para acompanhamento terapêutico e monitoramento da resposta clínica.

Na presença de lesões sugestivas ou resultado reagente, o tratamento não deverá ser postergado enquanto se aguarda exames complementares.

Tratamento

O tratamento deverá seguir as recomendações vigentes do Ministério da Saúde, utilizando Penicilina Benzatina como medicamento de primeira escolha. Nos casos de alergia à penicilina deverão ser observadas as recomendações específicas dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Toda pessoa diagnosticada deverá receber orientações quanto à adesão ao tratamento, prevenção de novas infecções e necessidade de avaliação e tratamento das parcerias sexuais.

Condutas de Enfermagem

O enfermeiro poderá realizar consulta de enfermagem, acolhimento, aconselhamento, exame físico, solicitação de exames previstos em protocolo, realização e interpretação de testes rápidos, administração de medicamentos, prescrição conforme protocolos institucionais, acompanhamento clínico, educação em saúde, notificação compulsória e monitoramento sorológico, conforme legislação vigente.

Deverão ser registradas todas as informações em prontuário eletrônico, incluindo tratamento instituído, orientações fornecidas e programação do seguimento.

Gonorreia e Clamídia

Definição

A gonorreia e a infecção por *Chlamydia trachomatis* representam as principais causas de uretrite e cervicite bacterianas, sendo frequentemente diagnosticadas em conjunto devido à elevada ocorrência de coinfeção.

Grande parte das infecções é assintomática, especialmente entre as mulheres, favorecendo a transmissão silenciosa e aumentando o risco de complicações reprodutivas.

Quando não tratadas adequadamente, podem evoluir para doença inflamatória pélvica, infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica, epididimite e infecção neonatal.

Manifestações Clínicas

Nos homens, predominam corrimento uretral purulento, disúria, prurido uretral e dor testicular.

Nas mulheres, podem ocorrer corrimento vaginal, cervicite, sangramento pós-coito, dispareunia, dor pélvica e sintomas urinários, embora muitas permaneçam assintomáticas.

A infecção retal, faríngea ou ocular também poderá ocorrer conforme a

prática sexual.

Diagnóstico

O diagnóstico poderá ser realizado por abordagem sindrômica, avaliação clínica e exames laboratoriais disponíveis.

Sempre que possível, recomenda-se investigação por testes de biologia molecular, cultura ou outros exames específicos.

Na Atenção Primária, a ausência de exames laboratoriais não deverá retardar o início do tratamento quando houver quadro clínico compatível.

Também deverão ser ofertados testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais.

Tratamento

O tratamento deverá seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, contemplando cobertura para gonorreia e clamídia, considerando a elevada frequência de coinfeção.

É fundamental orientar abstinência sexual até a conclusão do tratamento, uso consistente de preservativos e retorno para reavaliação quando indicado.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro realizar acolhimento, consulta de enfermagem, investigação clínica, testes rápidos, coleta de exames quando prevista em protocolo, administração de medicamentos, orientações quanto à prevenção, tratamento das parcerias sexuais, educação em saúde, registro em prontuário e encaminhamento para atenção especializada quando necessário.

Manejo das Parcerias Sexuais

Todas as parcerias sexuais dos últimos 60 dias deverão ser orientadas quanto à necessidade de avaliação clínica e tratamento, independentemente da presença de sintomas, reduzindo o risco de reinfecção e interrompendo a cadeia de transmissão.

Acompanhamento

Os usuários deverão ser reavaliados diante da persistência dos sintomas, suspeita de falha terapêutica, gestação, complicações ou reinfecção.

A educação em saúde deverá reforçar a prevenção combinada, o uso correto de preservativos, a vacinação quando indicada e a realização periódica de testes para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Corrimentos Vaginais

Definição

Os corrimentos vaginais representam uma das principais causas de procura por atendimento ginecológico na Atenção Primária à Saúde. Caracterizam-se pela alteração da secreção vaginal fisiológica quanto à quantidade, coloração, odor ou consistência, podendo estar associados a prurido, ardor, dispareunia, disúria e irritação vulvovaginal.

As principais causas infecciosas são a vaginose bacteriana, a candidíase vulvovaginal e a tricomoníase. A identificação correta da etiologia permite instituir tratamento adequado, reduzir complicações e interromper a transmissão das infecções sexualmente transmissíveis quando presentes.

Manifestações Clínicas

A vaginose bacteriana caracteriza-se por corrimento homogêneo acinzentado ou branco, de odor fétido, geralmente intensificado após relação sexual ou durante a menstruação.

A candidíase vulvovaginal apresenta corrimento branco espesso, grumoso, intenso prurido vulvar, hiperemia, edema e dispareunia.

A tricomoníase manifesta-se com corrimento abundante, amarelado ou esverdeado, bolhoso, odor desagradável, prurido, disúria e, em alguns casos, colo uterino com aspecto em "framboesa".

Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na anamnese, exame ginecológico e abordagem sindrômica, podendo ser complementado por exames laboratoriais quando disponíveis.

Durante a consulta deverão ser avaliados fatores de risco, história sexual, uso de antibióticos, diabetes mellitus, gestação, uso de contraceptivos, higiene íntima e recorrência dos sintomas.

Tratamento

O tratamento deverá seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, considerando a etiologia provável, o quadro clínico, a presença de gestação e as contraindicações medicamentosas.

Nos casos de tricomoníase, as parcerias sexuais deverão ser avaliadas e tratadas simultaneamente.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro realizar acolhimento, consulta de enfermagem, exame ginecológico quando habilitado, coleta de material para exames, solicitação de exames previstos em protocolo, prescrição de medicamentos conforme protocolos institucionais, orientações sobre higiene íntima, uso correto de medicamentos, prevenção de IST, educação em saúde e encaminhamento quando necessário.

Crítérios de Encaminhamento

Encaminhar para avaliação especializada mulheres com recorrência frequente, falha terapêutica, suspeita de neoplasias, imunossupressão grave, gestação de alto risco ou alterações cervicais suspeitas.

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Definição

A Doença Inflamatória Pélvica consiste em processo infeccioso ascendente do trato genital feminino superior, envolvendo útero, tubas uterinas, ovários e estruturas pélvicas adjacentes, sendo causada principalmente por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e microrganismos da flora vaginal.

Representa importante causa de infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica e abscessos pélvicos quando não tratada precocemente.

Manifestações Clínicas

Os principais sinais e sintomas incluem dor abdominal inferior, dor pélvica, febre, corrimento vaginal anormal, sangramento uterino irregular, dispareunia, dor à mobilização do colo uterino e dor anexial.

Diagnóstico

O diagnóstico é predominantemente clínico, fundamentado na história clínica, exame físico e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Exames laboratoriais e de imagem poderão ser utilizados para confirmação diagnóstica e investigação de complicações.

Tratamento

O tratamento deverá ser iniciado imediatamente diante da suspeita clínica, utilizando esquema antimicrobiano recomendado pelo Ministério da Saúde.

Nos casos graves poderá ser necessária internação hospitalar.

Condutas de Enfermagem

Realizar acolhimento, classificação de risco, avaliação clínica, administração de medicamentos conforme prescrição, orientações quanto à adesão terapêutica, repouso relativo, tratamento das parcerias sexuais, educação em saúde e acompanhamento clínico.

Crítérios de Encaminhamento

Encaminhar imediatamente para serviço especializado pacientes com dor intensa, febre elevada, abscesso tubo-ovariano, sinais de peritonite, gestação, falha terapêutica, suspeita de abdome agudo ou impossibilidade de tratamento ambulatorial.

Herpes Genital

Definição

O herpes genital é uma Infecção Sexualmente Transmissível causada pelos vírus Herpes simplex tipo 1 (HSV-1) e tipo 2 (HSV-2), caracterizada por episódios recorrentes de lesões ulceradas dolorosas na região genital, perianal ou oral.

Após a infecção inicial, o vírus permanece em estado latente nos gânglios sensitivos, podendo ocorrer reativações periódicas.

Manifestações Clínicas

A infecção primária pode cursar com febre, mal-estar, linfadenomegalia inguinal e múltiplas vesículas dolorosas que evoluem para úlceras superficiais.

As recorrências apresentam menor intensidade clínica e menor duração.

Diagnóstico

O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história e nas características das lesões.

Exames laboratoriais específicos poderão ser utilizados quando disponíveis ou diante de dúvidas diagnósticas.

Tratamento

O tratamento antiviral deverá ser iniciado o mais precocemente possível, reduzindo intensidade, duração dos sintomas e frequência das recorrências.

Também deverão ser fornecidas orientações sobre transmissão, uso de preservativos e abstinência sexual durante a presença de lesões.

Condutas de Enfermagem

Realizar acolhimento, consulta de enfermagem, educação em saúde, identificação de fatores desencadeantes, orientação sobre prevenção, adesão ao tratamento e encaminhamento quando necessário.

CrITÉRIOS de Encaminhamento

Encaminhar usuários imunossuprimidos, gestantes com infecção primária próxima ao parto, suspeita de acometimento neurológico ou infecções extensas.

Úlcera Genital

Definição

A síndrome da úlcera genital compreende lesões ulceradas da região genital causadas principalmente por sífilis, herpes genital, cancro mole e linfogranuloma venéreo.

O reconhecimento precoce é essencial para reduzir a transmissão das IST e prevenir complicações.

Manifestações Clínicas

As lesões podem apresentar-se isoladas ou múltiplas, dolorosas ou indolores, superficiais ou profundas, podendo estar associadas à linfadenopatia inguinal.

Diagnóstico

O diagnóstico deverá ser realizado por abordagem sindrômica associada à investigação clínica, testes rápidos para sífilis e HIV e demais exames complementares quando disponíveis.

Tratamento

O tratamento deverá contemplar as principais etiologias conforme protocolos vigentes, não devendo aguardar confirmação laboratorial para seu início.

Condutas de Enfermagem

Realizar acolhimento, consulta de enfermagem, testes rápidos, orientações preventivas, tratamento conforme protocolos institucionais, notificação quando indicada e seguimento clínico.

CrITÉRIOS de Encaminhamento

Encaminhar lesões extensas, recorrentes, suspeitas de neoplasias, falha terapêutica ou necessidade de avaliação especializada.

Linfogranuloma Venéreo

Definição

O linfogranuloma venéreo é uma Infecção Sexualmente Transmissível causada por sorotipos invasivos de *Chlamydia trachomatis*, caracterizada por pequena lesão genital inicial, frequentemente despercebida, seguida por linfadenite inguinal dolorosa e processo inflamatório linfático.

Manifestações Clínicas

Inicialmente observa-se pequena pápula ou úlcera genital autolimitada. Posteriormente surgem linfonodos inguinais aumentados, dolorosos, podendo evoluir para abscessos, fístulas e comprometimento anorretal.

Diagnóstico

O diagnóstico é predominantemente clínico e epidemiológico, utilizando abordagem sindrômica e exames complementares quando disponíveis.

Também deverão ser realizados testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais.

Tratamento

O tratamento deverá seguir os esquemas antimicrobianos padronizados pelo Ministério da Saúde, associado ao tratamento das parcerias sexuais e acompanhamento clínico até resolução completa.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro realizar acolhimento, consulta de enfermagem, investigação clínica, educação em saúde, administração ou prescrição de medicamentos conforme protocolos institucionais, acompanhamento da evolução clínica, notificação quando indicada e encaminhamento para atenção especializada nos casos complicados.

Critérios de Encaminhamento

Encaminhar pacientes com abscessos extensos, fístulas, estenoses, acometimento anorretal importante, imunossupressão, falha terapêutica ou necessidade de intervenção cirúrgica.

Considerações Gerais

Em todas as síndromes abordadas, as equipes da Atenção Primária à Saúde deverão garantir acolhimento humanizado, consulta clínica qualificada, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, aconselhamento, oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais, orientação sobre prevenção combinada, tratamento das parcerias sexuais, registro adequado em prontuário, notificação compulsória quando aplicável e encaminhamento para os serviços especializados sempre que identificados critérios de gravidade ou situações que excedam a capacidade resolutiva da Atenção Primária. Esse conjunto de ações fortalece a integralidade do cuidado e contribui para a redução da morbimortalidade relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

HPV (Papilomavírus Humano)

Definição

O Papilomavírus Humano (HPV) é a Infecção Sexualmente Transmissível de maior prevalência no mundo, causada por vírus pertencentes à família *Papillomaviridae*. A transmissão ocorre principalmente por contato sexual, podendo ocorrer também por contato direto com pele ou mucosas infectadas e, mais raramente, por transmissão vertical.

Existem mais de 200 tipos de HPV identificados, classificados em baixo e alto risco oncogênico. Os tipos de baixo risco estão relacionados principalmente ao desenvolvimento de verrugas anogenitais, enquanto os tipos de alto risco, especialmente os HPV 16 e 18, estão associados ao desenvolvimento de lesões precursoras e neoplasias malignas do colo do útero, vulva, vagina, pênis, ânus e orofaringe.

Na Atenção Primária à Saúde, as ações relacionadas ao HPV compreendem educação em saúde, vacinação, rastreamento do câncer do colo do útero, identificação precoce de lesões, encaminhamento oportuno e acompanhamento longitudinal dos usuários.

Manifestações Clínicas

A maioria das infecções pelo HPV é assintomática e apresenta resolução espontânea. Quando sintomática, manifesta-se principalmente por verrugas anogenitais, únicas ou múltiplas, de aspecto vegetante, podendo localizar-se na vulva, vagina, colo uterino, períneo, região perianal, pênis, escroto e cavidade oral.

As infecções persistentes pelos tipos oncogênicos podem evoluir para lesões intraepiteliais de baixo ou alto grau e, quando não identificadas e tratadas precocemente, progredir para neoplasias malignas.

Diagnóstico

O diagnóstico das verrugas anogenitais é predominantemente clínico, baseado na inspeção das lesões durante o exame físico.

O rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero deverá ser realizado por meio do exame citopatológico, conforme recomendações do

Ministério da Saúde, complementado por colposcopia e biópsia quando indicadas.

Não há recomendação para realização de testes laboratoriais para diagnóstico de infecção subclínica pelo HPV na rotina da Atenção Primária.

Tratamento

O tratamento das verrugas genitais tem como objetivo remover as lesões visíveis, aliviar sintomas e reduzir a carga viral local, não promovendo erradicação definitiva da infecção.

A escolha terapêutica deverá considerar localização, número e extensão das lesões, condições clínicas do usuário, gestação e disponibilidade terapêutica da rede de saúde.

Nos casos de lesões suspeitas para neoplasia ou persistência após tratamento, deverá ser realizado encaminhamento para atenção especializada.

Vacinação

A vacinação representa a principal estratégia de prevenção da infecção pelo HPV e das neoplasias associadas.

A vacina deverá ser ofertada conforme o Calendário Nacional de Vacinação vigente, respeitando os grupos prioritários definidos pelo Programa Nacional de Imunizações.

A imunização não substitui o rastreamento do câncer do colo do útero, devendo as mulheres permanecerem realizando o exame citopatológico conforme faixa etária e periodicidade recomendadas.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro realizar acolhimento, consulta de enfermagem, educação em saúde, orientação sobre prevenção das IST, incentivo à vacinação, coleta do exame citopatológico do colo do útero quando habilitado, identificação de lesões suspeitas, encaminhamento para colposcopia quando indicado, acompanhamento dos resultados e monitoramento da adesão ao seguimento.

Critérios de Encaminhamento

Deverão ser encaminhados para atenção especializada usuários com lesões

extensas, recorrentes, suspeitas de malignidade, alterações citopatológicas que indiquem investigação complementar, gestantes com lesões exuberantes ou necessidade de procedimentos especializados.

Infecção pelo HIV

Definição

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) caracteriza-se pelo comprometimento progressivo do sistema imunológico, especialmente dos linfócitos T CD4+, aumentando a suscetibilidade a infecções oportunistas e neoplasias.

A transmissão ocorre principalmente por via sexual, exposição a sangue contaminado, compartilhamento de instrumentos perfurocortantes e transmissão vertical durante a gestação, parto ou amamentação.

O diagnóstico precoce e o início imediato da terapia antirretroviral representam estratégias fundamentais para redução da morbimortalidade, prevenção da transmissão e melhoria da qualidade de vida.

Manifestações Clínicas

A infecção pode permanecer assintomática por vários anos.

Na fase aguda podem ocorrer febre, exantema, linfadenomegalia, faringite, mialgia e sintomas semelhantes aos de uma síndrome viral.

Na fase avançada surgem infecções oportunistas, perda ponderal importante, febre persistente, diarreia crônica e outras manifestações decorrentes da imunossupressão.

Diagnóstico

O diagnóstico deverá ser realizado por meio dos testes rápidos disponibilizados na Atenção Primária ou exames laboratoriais específicos, seguindo os algoritmos diagnósticos do Ministério da Saúde.

Todo usuário com diagnóstico reagente deverá receber acolhimento, aconselhamento pós-teste, confirmação diagnóstica quando indicada e encaminhamento para início imediato da terapia antirretroviral.

Tratamento

O tratamento consiste na instituição precoce da Terapia Antirretroviral (TARV), conforme protocolos nacionais.

A adesão ao tratamento constitui fator determinante para supressão viral, recuperação imunológica e redução da transmissão do vírus.

A Atenção Primária desempenha papel fundamental na educação em saúde, acompanhamento compartilhado e fortalecimento do vínculo com os serviços especializados.

Prevenção Combinada

A prevenção combinada compreende o conjunto de estratégias voltadas à redução da transmissão do HIV, incluindo:

- Uso consistente de preservativos.
- Testagem regular.
- Tratamento das IST.
- Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).
- Profilaxia Pós-Exposição (PEP).
- Terapia Antirretroviral para pessoas vivendo com HIV.
- Redução de danos.
- Educação em saúde.

Condutas de Enfermagem

O enfermeiro deverá realizar acolhimento, aconselhamento pré e pós-teste, execução de testes rápidos, orientação sobre prevenção combinada, identificação de situações de vulnerabilidade, encaminhamento para início da TARV, acompanhamento compartilhado, monitoramento da adesão ao tratamento, busca ativa quando necessária e educação permanente dos usuários.

CrITÉRIOS de Encaminhamento

Encaminhar imediatamente usuários com diagnóstico confirmado de HIV para o Serviço de Atenção Especializada, mantendo acompanhamento compartilhado pela Atenção Primária conforme organização da Rede de Atenção à Saúde.

Hepatites Virais

Definição

As hepatites virais constituem importante problema de saúde pública, caracterizando-se por processos inflamatórios do fígado causados por diferentes vírus hepatotrópicos, destacando-se as hepatites B e C devido à sua relevância epidemiológica e potencial de evolução para formas crônicas.

Na Atenção Primária à Saúde, as ações concentram-se na prevenção, diagnóstico precoce, vacinação contra hepatite B, realização de testes rápidos, aconselhamento e encaminhamento para tratamento especializado.

Manifestações Clínicas

Grande parte das infecções permanece assintomática.

Quando presentes, os sintomas incluem fadiga, náuseas, anorexia, dor abdominal, icterícia, colúria, acolia fecal e hepatomegalia.

As formas crônicas podem evoluir para cirrose hepática, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular.

Diagnóstico

O diagnóstico deverá ser realizado mediante testes rápidos para hepatite B e hepatite C, complementados por exames sorológicos e moleculares conforme protocolos vigentes.

A oferta dos testes deverá ser ampliada para populações prioritárias, gestantes, pessoas com outras IST, usuários de PrEP, profissionais expostos e indivíduos em situação de maior vulnerabilidade.

Tratamento

Os usuários com diagnóstico confirmado deverão ser encaminhados para avaliação especializada, definição da necessidade terapêutica e acompanhamento conforme protocolos clínicos do Ministério da Saúde.

A Atenção Primária deverá manter acompanhamento compartilhado, reforçando orientações, adesão ao tratamento e monitoramento clínico.

Vacinação

A vacinação contra hepatite B constitui medida essencial de prevenção e deverá ser ofertada conforme o Calendário Nacional de Vacinação, priorizando pessoas

não imunizadas e grupos de maior risco para exposição ao vírus.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro realizar acolhimento, consulta de enfermagem, aconselhamento, testes rápidos, avaliação do estado vacinal, administração de imunobiológicos, educação em saúde, monitoramento da adesão ao tratamento, notificação compulsória quando aplicável e encaminhamento para os serviços especializados.

CrITÉRIOS de Encaminhamento

Deverão ser encaminhados usuários com confirmação diagnóstica de hepatite B ou C, suspeita de doença hepática avançada, alterações laboratoriais importantes, cirrose, coinfeções ou outras situações que demandem acompanhamento especializado.

Considerações Gerais

As ações relacionadas ao HPV, HIV e hepatites virais devem ser desenvolvidas de forma integrada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, contemplando acolhimento qualificado, educação em saúde, prevenção combinada, vacinação, realização de testes rápidos, diagnóstico precoce, aconselhamento, tratamento oportuno, notificação compulsória quando indicada, acompanhamento longitudinal e articulação com os serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde. A atuação coordenada da equipe multiprofissional fortalece a integralidade do cuidado, amplia o acesso às ações de prevenção e contribui para a redução da transmissão, das complicações e da morbimortalidade associadas às infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais.

Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU)

Definição

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo reversível de longa duração (LARC), seguro, altamente eficaz e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), indicado para mulheres em idade reprodutiva que desejam

contracepção de longa duração, independentemente da paridade.

Na Atenção Primária à Saúde, a inserção do DIU integra as ações de Planejamento Reprodutivo e deve ser realizada por profissional médico ou enfermeiro devidamente capacitado, conforme legislação profissional, protocolos institucionais e diretrizes do Ministério da Saúde.

Além da prevenção da gravidez não planejada, o acesso ao DIU fortalece os direitos sexuais e reprodutivos, reduz gestações não planejadas e contribui para a diminuição da morbimortalidade materna.

Objetivo

Garantir assistência qualificada, segura e humanizada às mulheres que optarem pelo uso do DIU, assegurando acesso ao método contraceptivo, orientação adequada, inserção segura, acompanhamento clínico e manejo das possíveis intercorrências.

Indicações

O DIU poderá ser indicado para mulheres que desejem método contraceptivo reversível de longa duração e que não apresentem contraindicações clínicas.

Está indicado para:

- Mulheres nulíparas ou multíparas;
- Adolescentes;
- Mulheres em pós-parto ou pós-abortamento, conforme critérios clínicos;
- Mulheres em período de amamentação;
- Mulheres com contraindicação ao uso de contraceptivos hormonais;
- Usuárias que desejem método de alta eficácia contraceptiva.

Contraindicações

A inserção do DIU deverá ser adiada ou contraindicada nas seguintes situações:

- Gestação confirmada ou suspeita;
- Doença inflamatória pélvica ativa;
- Cervicite purulenta;
- Infecção sexualmente transmissível não tratada;
- Sangramento uterino sem investigação;
- Malformações uterinas que impossibilitem a inserção;

- Neoplasia maligna do colo do útero não tratada;
- Infecção puerperal ativa.

Avaliação Pré-Procedimento

Antes da inserção deverão ser realizados:

- Acolhimento e escuta qualificada;
- Consulta médica ou de enfermagem;
- Anamnese completa;
- Avaliação do histórico ginecológico e obstétrico;
- Investigação de fatores de risco para IST;
- Exclusão de gestação;
- Avaliação clínica e ginecológica;
- Verificação do resultado do exame citopatológico, quando indicado;
- Orientações quanto ao procedimento;
- Esclarecimento sobre riscos, benefícios e possíveis efeitos adversos;
- Registro do consentimento livre e esclarecido, conforme protocolo institucional.

A realização do exame citopatológico não constitui requisito obrigatório para inserção do DIU quando a mulher estiver assintomática e dentro das recomendações de rastreamento.

Técnica de Inserção

O procedimento deverá ser realizado em ambiente adequado, respeitando rigorosamente os princípios de biossegurança, técnica asséptica e segurança do paciente.

Durante o procedimento deverão ser observados:

- Higienização das mãos;
- Utilização de Equipamentos de Proteção Individual;
- Posicionamento adequado da usuária;
- Exame ginecológico;
- Antissepsia do colo uterino;
- Histerometria quando indicada;
- Inserção do dispositivo conforme técnica recomendada pelo fabricante e Ministério da Saúde;

- Corte adequado dos fios;
- Registro do procedimento em prontuário.

Orientações Pós-Procedimento

Após a inserção deverão ser fornecidas orientações sobre:

- Possíveis cólicas nas primeiras horas;
- Pequeno sangramento vaginal;
- Cuidados gerais;
- Sinais de alerta;
- Retorno programado;
- Possibilidade de expulsão espontânea;
- Importância do uso de preservativos para prevenção das IST.

Sinais de Alerta

A usuária deverá ser orientada a procurar imediatamente a Unidade de Saúde diante de:

- Febre;
- Dor pélvica intensa;
- Corrimento com odor fétido;
- Sangramento intenso;
- Suspeita de gravidez;
- Ausência ou aumento importante do comprimento dos fios;
- Dor durante relações sexuais persistente.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro habilitado:

- Realizar acolhimento;
- Consulta de enfermagem;
- Avaliação clínica;
- Planejamento reprodutivo;
- Solicitação de exames previstos em protocolo;
- Inserção e retirada do DIU quando capacitado;
- Orientações pré e pós-procedimento;
- Registro em prontuário;

- Acompanhamento clínico;
- Encaminhamento quando necessário.

Critérios de Encaminhamento

Encaminhar para avaliação especializada nos casos de:

- Suspeita de perfuração uterina;
- Inserção difícil;
- Malformações uterinas;
- Sangramento persistente;
- Dor pélvica importante;
- Expulsão recorrente;
- Gravidez com DIU;
- Infecção pélvica.

Coleta do Exame Citopatológico do Colo do Útero (Preventivo)

Definição

O exame citopatológico do colo do útero constitui a principal estratégia para o rastreamento das lesões precursoras e do câncer do colo do útero, permitindo diagnóstico precoce e tratamento oportuno, com impacto significativo na redução da incidência e mortalidade da doença.

A coleta integra as ações da Atenção Primária à Saúde e deve ser realizada por profissionais devidamente capacitados, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

Objetivo

Padronizar a realização da coleta do exame citopatológico, garantindo qualidade da amostra, segurança da usuária, diagnóstico precoce das alterações cervicais e adequado acompanhamento dos resultados.

População-Alvo

O rastreamento deverá ser realizado em mulheres com idade entre **25 e 64 anos** que já iniciaram atividade sexual, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Após dois exames anuais consecutivos com resultados normais, a coleta deverá ocorrer a cada três anos.

Mulheres fora da faixa etária poderão ser avaliadas conforme situações clínicas específicas.

Preparação da Usuária

Antes da coleta deverão ser fornecidas orientações quanto à necessidade de:

- Evitar relações sexuais nas 48 horas anteriores, quando possível;
- Não utilizar duchas vaginais;
- Não utilizar medicamentos vaginais;
- Não realizar a coleta durante período menstrual, salvo situações excepcionais;
- Esclarecer dúvidas sobre o procedimento.

Técnica de Coleta

A coleta deverá ser realizada em ambiente privativo, garantindo acolhimento, conforto, segurança e respeito à privacidade.

O procedimento compreende:

- Identificação da usuária;
- Higienização das mãos;
- Posicionamento em posição ginecológica;
- Introdução cuidadosa do espéculo;
- Inspeção do colo uterino;
- Coleta da ectocérvice;
- Coleta da endocérvice com dispositivo apropriado;
- Fixação adequada do material, quando aplicável;
- Identificação correta da lâmina ou frasco;
- Encaminhamento ao laboratório;
- Registro em prontuário.

Adequabilidade da Amostra

A amostra deverá conter representação da zona de transformação quando possível e atender aos critérios de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A identificação inadequada da amostra, material insuficiente ou problemas técnicos poderão exigir repetição do exame.

Condutas Frente aos Resultados

Os resultados deverão ser interpretados conforme a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e protocolos nacionais.

Usuárias com alterações citológicas deverão ser acompanhadas ou encaminhadas para colposcopia conforme protocolos vigentes.

Condutas de Enfermagem

Compete ao enfermeiro:

- Realizar consulta de enfermagem;
- Executar a coleta do exame citopatológico;
- Orientar a usuária;
- Solicitar exames previstos em protocolos;
- Registrar todas as informações em prontuário;
- Avaliar os resultados;
- Realizar busca ativa das mulheres com exames alterados;
- Encaminhar para colposcopia quando indicado;
- Desenvolver ações educativas e de rastreamento.

Educação em Saúde

As ações educativas deverão abordar:

- Importância do rastreamento periódico;
- Vacinação contra HPV;
- Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Uso de preservativos;
- Fatores de risco para câncer do colo do útero;
- Importância do retorno para avaliação dos resultados.

Indicadores de Monitoramento

A qualidade das ações deverá ser acompanhada por meio dos seguintes indicadores:

- Cobertura do exame citopatológico na população-alvo;

- Percentual de amostras satisfatórias;
- Tempo entre coleta e entrega do resultado;
- Percentual de mulheres com exame alterado acompanhadas;
- Cobertura vacinal contra HPV;
- Percentual de retorno para avaliação dos resultados;
- Tempo entre diagnóstico e encaminhamento para colposcopia.

Considerações Finais

A inserção do DIU e a coleta do exame citopatológico constituem ações estratégicas da Atenção Primária à Saúde para promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção da gravidez não planejada e rastreamento do câncer do colo do útero. A atuação integrada da equipe multiprofissional, especialmente do enfermeiro, deve garantir acolhimento humanizado, assistência baseada em evidências científicas, educação em saúde, segurança do paciente e acompanhamento longitudinal, fortalecendo a integralidade do cuidado e a qualidade da assistência prestada à população.



SANTA CASA
de Misericórdia de
São Bernardo do Campo

4.

Protocolos de Urgência e Segurança

Diretrizes para atendimento seguro e eficaz nas situações de urgência e para garantir a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.



ATENDIMENTO A URGÊNCIAS NA APS:

Manejo de dor torácica, AVC, manejo de convulsões e estabilização para transferência.



SEGURANÇA DO PACIENTE (METAS BÁSICAS):

Identificação correta, higienização das mãos, comunicação efetiva e uso seguro de medicamentos.



CUIDADO
INTEGRAL



ATENÇÃO
HUMANIZADA



SEGURANÇA
DO PACIENTE



QUALIDADE E
RESULTADOS

**COMPROMISSO
COM A VIDA.
CUIDADO QUE TRANSFORMA.**

4. Protocolos de Urgência e Segurança

A Irmandade Santa Casa de São Bernardo do Campo adotará protocolos específicos para o atendimento das situações de urgência e para o fortalecimento das práticas de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, observando as diretrizes do Ministério da Saúde, da Rede de Atenção às Urgências, das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e dos protocolos institucionais aplicáveis às Unidades Básicas de Saúde. Os protocolos serão utilizados para padronizar a resposta às intercorrências clínicas, qualificar o atendimento inicial, reduzir riscos assistenciais e promover maior segurança durante todas as etapas do cuidado, contemplando as seguintes áreas:

- **Atendimento às Urgências na Atenção Primária à Saúde:** protocolo destinado ao reconhecimento precoce, avaliação inicial, estabilização clínica e encaminhamento dos usuários em situações de urgência, contemplando manejo de dor torácica, acidente vascular cerebral (AVC), crises convulsivas, compatíveis com o escopo da Atenção Primária, incluindo os procedimentos de estabilização para transferência à Rede de Urgência e Emergência quando indicado.

- **Segurança do Paciente:** protocolo fundamentado nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente, contemplando identificação correta do usuário, comunicação efetiva entre os profissionais, segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, higienização das mãos, prevenção de infecções relacionadas à assistência, prevenção de quedas, realização segura de procedimentos e fortalecimento da cultura institucional de segurança. O Protocolo de Segurança do Paciente encontra-se apresentado no Anexo III – Documentos Assistenciais desta Proposta Técnica, constituindo o instrumento norteador para a padronização das práticas assistenciais, gestão de riscos e implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente nas Unidades Básicas de Saúde.

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Apresentação

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, embora não tenham como finalidade o atendimento contínuo de emergências, frequentemente recebem usuários em situações de urgência clínica. Nesses casos, compete às equipes da Atenção Primária reconhecer precocemente os sinais de gravidade, realizar avaliação clínica inicial, instituir medidas imediatas de estabilização, acionar a Rede de Urgência e Emergência quando indicado e garantir a continuidade do cuidado por meio do encaminhamento seguro do paciente.

O atendimento oportuno nas primeiras intervenções é determinante para redução da morbimortalidade, minimização de sequelas e aumento da sobrevivência dos usuários. Para tanto, é fundamental que as equipes assistenciais estejam capacitadas para identificar rapidamente condições potencialmente graves, atuar conforme protocolos padronizados e manter integração permanente com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais de referência e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

MANEJO DA DOR TORÁCICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Finalidade

Estabelecer diretrizes para o reconhecimento precoce, avaliação clínica inicial e manejo dos usuários com dor torácica atendidos na Atenção Primária à Saúde, promovendo a estabilização clínica e o encaminhamento oportuno à Rede de Urgência e Emergência sempre que houver suspeita de condição cardiovascular ou outra causa potencialmente grave.

Avaliação Clínica

Todo paciente com queixa de dor torácica deverá receber atendimento prioritário, com avaliação imediata do estado geral e identificação de sinais sugestivos de comprometimento cardiovascular ou respiratório.

A investigação deverá contemplar características da dor, tempo de início,

fatores desencadeantes, irradiação, sintomas associados, antecedentes cardiovasculares e fatores de risco, além da aferição dos sinais vitais, saturação periférica de oxigênio e glicemia capilar quando indicada.

Sinais de Alerta

Devem ser considerados indicadores de gravidade:

- dor torácica intensa ou prolongada;
- irradiação para membros superiores, mandíbula, dorso ou epigástrico;
- dispneia;
- sudorese fria;
- náuseas ou vômitos;
- hipotensão arterial;
- alterações do nível de consciência;
- palidez, cianose ou sinais de choque;
- arritmias ou instabilidade hemodinâmica.

Conduta Assistencial

Após a avaliação inicial, o usuário deverá permanecer em repouso e sob monitorização clínica até sua transferência.

Quando houver suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, recomenda-se administração de Ácido Acetilsalicílico (AAS), na ausência de contraindicações, conforme protocolo institucional.

A oxigenoterapia deverá ser utilizada apenas quando houver hipoxemia documentada ou sinais clínicos de insuficiência respiratória.

Sempre que possível deverá ser obtido acesso venoso periférico, mantendo-se monitorização contínua dos sinais vitais até a chegada da equipe de transporte.

Encaminhamento

Os pacientes com suspeita de síndrome coronariana, instabilidade clínica ou qualquer sinal de gravidade deverão ser encaminhados imediatamente por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), acompanhados de relatório clínico contendo avaliação realizada, sinais vitais, medicamentos administrados e procedimentos executados.

MANEJO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Finalidade

Padronizar o reconhecimento precoce, a avaliação inicial e as medidas de estabilização dos usuários com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas Unidades Básicas de Saúde, visando reduzir o tempo até o tratamento definitivo, minimizar sequelas e garantir o encaminhamento imediato à Rede de Urgência e Emergência.

Definição

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica caracterizada pela interrupção ou redução do fluxo sanguíneo cerebral (AVC isquêmico) ou pelo rompimento de um vaso sanguíneo intracraniano (AVC hemorrágico), ocasionando déficit neurológico de instalação súbita. O reconhecimento precoce e o encaminhamento imediato são fundamentais para aumentar as possibilidades terapêuticas e reduzir a morbimortalidade.

Avaliação Clínica

Todo usuário com suspeita de AVC deverá receber atendimento prioritário, com avaliação imediata do estado neurológico e identificação dos sinais de gravidade.

A avaliação inicial deverá contemplar:

- horário exato ou estimado do início dos sintomas (último momento em que o paciente foi visto sem alterações);
- nível de consciência;
- permeabilidade das vias aéreas;
- padrão respiratório;
- circulação e estabilidade hemodinâmica;
- aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura;
- glicemia capilar para exclusão de hipoglicemia como diagnóstico diferencial;
- investigação de doenças prévias, uso de medicamentos (especialmente

anticoagulantes) e fatores de risco cardiovasculares.

Principais Sinais de Alerta

Devem ser considerados altamente sugestivos de AVC:

- fraqueza ou perda súbita de força em face, braço ou perna, principalmente em um lado do corpo;
- desvio da comissura labial;
- dificuldade para falar, compreender ou articular palavras;
- perda súbita da visão ou visão turva;
- alteração do equilíbrio ou da coordenação motora;
- tontura de início súbito;
- cefaleia intensa e abrupta, especialmente quando associada à alteração do nível de consciência;
- confusão mental ou sonolência.

Sempre que possível, recomenda-se a utilização da avaliação rápida

SAMU (Sorriso, Abraço e Mensagem) ou outro instrumento validado para identificação precoce do AVC.

Conduta Assistencial

Confirmada a suspeita clínica, a equipe deverá:

- interromper imediatamente qualquer fluxo de atendimento eletivo;
- acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);
- manter o paciente em repouso, preferencialmente com cabeceira elevada entre 30° e 45°, salvo contraindicação clínica;
- monitorar continuamente os sinais vitais;
- realizar glicemia capilar e corrigir hipoglicemia, quando presente;
- administrar oxigênio apenas em casos de hipoxemia ou insuficiência respiratória;
- manter acesso venoso periférico, quando possível;
- evitar administração de alimentos, líquidos ou medicamentos por via oral até avaliação da deglutição;
- registrar o horário de início dos sintomas e todas as condutas realizadas.

Na Atenção Primária à Saúde, **não está indicada a administração de trombolíticos**, sendo prioridade a estabilização clínica e a transferência

imediate para unidade hospitalar habilitada.

Crêterios para Encaminhamento Imediato

Todo paciente com suspeita de AVC deverá ser encaminhado com prioridade absoluta para serviço hospitalar de referência.

A transferência deverá ocorrer imediatamente diante de:

- qualquer déficit neurológico focal de instalação súbita;
- alteração do nível de consciência;
- suspeita de AVC isquêmico ou hemorrágico;
- convulsão associada ao quadro neurológico;
- instabilidade clínica ou respiratória.

Estabilização para Transferência

Durante o período de espera pelo transporte deverão ser mantidas as seguintes medidas:

- monitorização contínua dos sinais vitais;
- manutenção da permeabilidade das vias aéreas;
- suporte ventilatório quando indicado;
- monitorização da saturação periférica de oxigênio;
- controle glic mico;
- acesso venoso periférico, quando necessário;
- prevenção de broncoaspiração;
- reavaliação per dica do estado neurológico.

Comunicação e Documentação

O encaminhamento deverá ser acompanhado de relatório clínico contendo:

- identificação do paciente;
- horário de início dos sintomas ou último momento em que foi observado sem alterações;
- sinais e sintomas apresentados;
- avaliação neurológica realizada;
- sinais vitais;
- glicemia capilar;

- medicamentos em uso, especialmente anticoagulantes e antiagregantes plaquetários;
- procedimentos realizados na unidade;
- identificação do profissional responsável pelo atendimento.

Continuidade do Cuidado

Até a chegada da equipe de transporte, o paciente deverá permanecer sob observação contínua, com reavaliação clínica periódica e registro de todas as intervenções realizadas. A transferência deverá ocorrer mediante comunicação efetiva entre as equipes assistenciais, assegurando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente durante todo o processo.

MANEJO DAS CRISES CONVULSIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Finalidade

Padronizar o atendimento inicial aos usuários que apresentem crises convulsivas nas Unidades Básicas de Saúde, garantindo proteção contra lesões, estabilização clínica e encaminhamento adequado para serviços de maior complexidade quando necessário.

Avaliação Clínica

A abordagem inicial deverá priorizar a avaliação das vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência.

Durante a consulta deverão ser investigados:

- duração da crise;
- ocorrência de episódios anteriores;
- história de epilepsia;
- uso regular de anticonvulsivantes;
- presença de febre;
- trauma associado;
- doenças metabólicas;
- glicemia capilar.



Condutas Durante a Crise

Enquanto persistirem os movimentos convulsivos, deverão ser adotadas medidas de proteção do paciente, evitando contenção física e qualquer tentativa de introduzir objetos na cavidade oral.

Recomenda-se proteger a cabeça, afastar objetos que possam provocar trauma, afrouxar roupas apertadas e registrar o tempo de duração da crise.

Condutas Após a Crise

Após cessarem os movimentos, o paciente deverá ser colocado em posição lateral de segurança, mantendo permeabilidade das vias aéreas e monitorização clínica.

Deverão ser avaliados os sinais vitais, saturação periférica de oxigênio, glicemia capilar e recuperação do nível de consciência.

Caso indicado, instituir oxigenoterapia, acesso venoso e demais medidas de suporte.

Critérios para Encaminhamento

O encaminhamento imediato deverá ocorrer diante das seguintes situações:

- primeira crise convulsiva;
- crise com duração superior a cinco minutos;
- crises repetidas sem recuperação da consciência;
- estado de mal epilético;
- gestantes;
- trauma craniano;
- suspeita de acidente vascular cerebral;
- insuficiência respiratória;
- alteração persistente do nível de consciência.

O transporte deverá ocorrer preferencialmente por meio do SAMU 192.

ESTABILIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Finalidade

Garantir que o usuário seja encaminhado à Rede de Urgência e Emergência em condições clínicas adequadas, reduzindo o risco de agravamento durante o transporte e assegurando a continuidade da assistência.

Cuidados Pré-Transferência

Antes da remoção deverão ser assegurados:

- avaliação clínica completa;
- estabilização das vias aéreas;
- manutenção da ventilação e oxigenação;
- controle da circulação;
- monitorização contínua dos sinais vitais;
- acesso venoso, quando indicado;
- administração dos medicamentos necessários;
- controle de dor, hemorragias e glicemia;
- imobilização, quando indicada.

Comunicação Assistencial

A equipe deverá comunicar previamente o serviço regulador, informando o quadro clínico, hipótese diagnóstica, evolução do paciente, sinais vitais, intervenções realizadas e necessidade de suporte durante o transporte.

Documentação

O paciente deverá ser encaminhado acompanhado de relatório assistencial contendo:

- identificação do usuário;
- horário de início dos sintomas;
- avaliação clínica;
- sinais vitais;
- procedimentos realizados;
- medicamentos administrados;
- exames disponíveis;
- identificação do profissional responsável.



Continuidade do Cuidado

Até a chegada da equipe de transporte, o paciente deverá permanecer sob observação contínua, mantendo monitorização dos sinais vitais e reavaliação periódica do estado clínico.

Na transferência, deverá ser realizada comunicação estruturada entre as equipes assistenciais, garantindo a transmissão completa das informações clínicas e promovendo a segurança do paciente durante toda a linha de cuidado.

Essa formatação é mais compatível com manuais institucionais de Secretarias Municipais de Saúde e Organizações Sociais, apresentando um texto contínuo, técnico e padronizado, semelhante aos Protocolos Assistenciais do Ministério da Saúde.



SEGURANÇA DO PACIENTE



SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

PROTOCOLO DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA PROFISSIONAIS

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um compromisso de todos. As Metas Internacionais de Segurança do Paciente foram estabelecidas para orientar práticas assistenciais que visam prevenir eventos adversos, reduzir riscos e promover uma assistência de qualidade, ética e centrada no paciente.

A aplicação destas metas depende da participação ativa e responsável de cada profissional, em todas as etapas do cuidado e em todos os setores da instituição.



2. FINALIDADE

Estabelecer diretrizes para a implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, promovendo práticas assistenciais capazes de minimizar riscos, prevenir eventos adversos e assegurar elevado padrão de qualidade na assistência prestada.

Sua aplicação fortalece a cultura de segurança, qualifica o desempenho das equipes e promove um ambiente assistencial mais seguro para pacientes, familiares e profissionais.



3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os setores assistenciais e administrativos envolvidos na prestação do cuidado em saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço.

As ações descritas deverão ser observadas por todos os profissionais que participam direta ou indiretamente da assistência, incluindo atividades ambulatoriais, hospitalares, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, vacinação, atendimento domiciliar e demais modalidades de cuidado.



4. FUNDAMENTOS DAS METAS INTERNACIONAIS

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente foram desenvolvidas para atuar sobre os principais fatores associados à ocorrência de incidentes durante a assistência.

Sua adoção permite estabelecer processos padronizados, reduzir a variabilidade das práticas clínicas e fortalecer mecanismos de prevenção dos riscos assistenciais.

Mais do que um conjunto de normas, as metas representam uma estratégia institucional para promover uma assistência baseada em evidências científicas, estimulando o trabalho colaborativo entre as equipes, a gestão dos riscos e a melhoria contínua dos resultados em saúde.

Cada meta contempla aspectos específicos do cuidado, porém todas atuam de forma integrada, formando um sistema de proteção destinado à redução de danos evitáveis.



5. COMPROMISSO INSTITUCIONAL

A Santa Casa de São Bernardo do Campo reafirma o compromisso com a segurança do paciente, apoiando os profissionais na implementação destas metas, oferecendo estrutura, capacitação, protocolos e monitoramento contínuo para a melhoria permanente da assistência.



SEGURANÇA DO PACIENTE: NOSSO COMPROMISSO, NOSSA RESPONSABILIDADE.
Cuidar com segurança é cuidar com excelência.

01



SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

PROTOCOLO DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PARA PROFISSIONAIS

META 1 GARANTIR A IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE



NOME:
JOÃO DA SILVA
NASC.: 12/05/1985
PRONTUÁRIO: 123456

CONFIRA SEMPRE:

- ✓ NOME COMPLETO
- ✓ DATA DE NASCIMENTO
- ✓ PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO



CONFIRMAR A IDENTIDADE EM TODAS
AS ETAPAS DO CUIDADO.

META 2 FORTALECER A COMUNICAÇÃO SEGURA



- ✓ COMUNIQUE INFORMAÇÕES DE FORMA CLARA, OBJETIVA E COMPLETA.
- ✓ UTILIZE FERRAMENTAS PADRONIZADAS.
- ✓ REGISTRE E COMPARTILHE INFORMAÇÕES RELEVANTES.



BOA COMUNICAÇÃO É CUIDADO SEGURO.

META 3 PROMOVER A SEGURANÇA NO PROCESSO MEDICAMENTOSO



PRESCREVER COM ATENÇÃO.



DISPENSAR CORRETAMENTE.



ADMINISTRAR COM SEGURANÇA.



MONITORAR E ORIENTAR
O PACIENTE.



MEDICAMENTO CERTO, DOSE CERTA,
PACIENTE CERTO, VIA CERTA, HORA CERTA.

META 4 ASSEGURAR A REALIZAÇÃO SEGURA DOS PROCEDIMENTOS



- LISTA DE VERIFICAÇÃO
DE SEGURANÇA
- ✓ PACIENTE CORRETO
 - ✓ PROCEDIMENTO CORRETO
 - ✓ LOCAL CORRETO
 - ✓ CONSENTIMENTO
 - ✓ EQUIPAMENTOS
E MATERIAIS



CONFIRA, COMUNIQUE E CONFIRME
ANTES DE INICIAR.

META 5 PREVENIR INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA



HIGIENE DAS MÃOS



USO ADEQUADO DE
EQUIPAMENTOS
DE PROTEÇÃO



LIMPEZA E DESINFECÇÃO
DE AMBIENTES



PROCESSAMENTO
CORRETO DE
MATERIAIS



PREVENIR INFECÇÕES É PROTEGER VIDAS.

META 6 REDUZIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS



AVALIE O RISCO
DE QUEDAS.



ADOpte MEDIDAS
PREVENTIVAS
INDIVIDUALIZADAS.



ORIENTE PACIENTES
E ACOMPANHANTES.



REAVALIE PERIODICAMENTE.



AMBIENTE SEGURO, ATENÇÃO CONSTANTE,
PACIENTE PROTEGIDO.



RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

- ✓ Conhecer e aplicar este protocolo.
- ✓ Seguir os procedimentos e fluxos institucionais.
- ✓ Participar das ações de educação permanente.
- ✓ Comunicar riscos, incidentes e oportunidades de melhoria.
- ✓ Promover uma cultura de segurança com atitude ética e colaborativa.



REGISTRO E NOTIFICAÇÃO

Eventos adversos, incidentes e quase falhas devem ser notificados conforme o fluxo institucional. A notificação contribui para análise, prevenção de novas ocorrências e melhoria contínua dos processos.



SEGURANÇA DO PACIENTE É QUALIDADE EM CADA ATITUDE.
Sua prática diária faz a diferença na vida de quem cuidamos.

02



SANTA CASA

de Misericórdia de
São Bernardo do Campo



PROPOSTA DE

MANUAL

DE NORMAS,
ROTINAS E PROTOCOLOS
OPERACIONAIS

da Enfermagem

DIRETRIZES PARA UMA ASSISTÊNCIA
SEGURA, QUALIFICADA E HUMANIZADA



SEGURANÇA
DO PACIENTE



ATENÇÃO
HUMANIZADA



PADRONIZAÇÃO
E QUALIDADE



ORGANIZAÇÃO
E EFICIÊNCIA



COMPROMISSO
COM A VIDA



COMPROMISSO
COM A VIDA.
CUIDADO QUE TRANSFORMA.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
POP 001 - INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	6
POP 002 - PASSAGEM DE PLANTÃO	8
POP 003 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	10
POP 004 - REALIZAÇÃO DA SAE	13
POP 005 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE MEDICAÇÃO	17
POP 006 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE REPOUSO/INTERNAÇÃO	18
POP 007 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS19	
POP 008 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE EMERGÊNCIA/ SEMI-INTENSIVA	20
POP 009 - PREPARO DO LEITO DE EMERGÊNCIA.....	21
POP 010 - CARRINHO DE EMERGÊNCIA.....	23
POP 011 - ADMISSÃO DE PACIENTE CRÍTICO EM EMERGENCIA	25
POP 012 - ADMISSÃO DE PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO/ REPOUSO	27
POP 013 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	29
POP 014 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA.....	34
POP 015 - CONTROLE DE PULSO.....	35
POP 016 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	36
POP 017 - CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR.....	37
POP 018 - CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.....	38
POP 019 - CONTROLE HÍDRICO	40
POP 020 - PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC).....	41
POP 021 - OXIMETRIA DE PULSO	43
POP 022 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	44
POP 023 - ELETROCARDIOGRAMA.....	46
POP 024 - APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	48
POP 025 - SALINIZAÇÃO DO DISPOSITIVO ENDOVENOSO PERIFÉRICO	50
POP 026 - PREPARO DE MEDICAÇÃO PARENTERAL - PUNÇÃO VENOSA.....	52
POP 027 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)	55
POP 028 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)	58
POP 029 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM).....	59
POP 030 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)	64
POP 031 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR.....	66
POP 032 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	67

POP 033 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	70
POP 034 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	71
POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA GÁSTRICA	72
POP 036 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR	73
POP 037 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA CUTÂNEA OU TÓPICA	75
POP 038 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	76
POP 039 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	78
POP 040 - ADMINISTRAÇÃO DE INALAÇÃO	80
POP 041 - VACINAÇÃO	82
POP 043 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE VENOSO	85
POP 044 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE ARTERIAL	87
POP 045 - COLETA PARA EXAME DE ESCARRO	89
POP 046 - COLETA PARA EXAME DE URINA I	90
POP 047 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS (CLEARANCE DE CREATININA)	91
POP 048 - PREPARO DE PACIENTES INTERNADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES	93
POP 050 - APLICAÇÃO DE CALOR	97
POP 051 - APLICAÇÃO DE FRIO	99
POP 052 - REALIZAÇÃO DE BANHO DE ASPERSÃO	101
POP 053 - REALIZAÇÃO DE BANHO NO LEITO	103
POP 054 - MASSAGEM DE CONFORTO	106
POP 055 - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	108
POP 056 - UTILIZAÇÃO DE COMADRE E COMPADRE	110
POP 057 - OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL	112
POP 058 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	114
POP 059 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	116
POP 060 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA ABERTO	119
POP 061 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA FECHADO	122
POP 062 - ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMIA	125
POP 063 - MONTAGEM DE CAIXAS COM KITS PARA PROCEDIMENTOS	127
POP 064 - PREPARO PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	Erro! Indicador não definido.
POP 065 - TROCA DE CIRCUITOS DOS RESPIRADORES	133
POP 067 - LIMPEZA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	134
POP 068 - RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)	137
POP 069 - PREPARO PARA PASSAGEM DE INTRACATH	139
POP 071 - PREPARO PARA DRENAGEM TORÁCICA	140
POP 072 - CUIDADOS COM DRENO DE TÓRAX	141

POP 073 - CONTROLE DE DRENAGENS (SONDAS E DRENOS).....	143
POP 074 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA	145
POP 075 - SONDAGEM NASOENTERAL.....	147
POP 076 - TROCA DA FIXAÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL.....	151
POP 077 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	151
POP 078 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	155
POP 079 - CONTROLE DE DIURESE ESPONTÂNEA	157
POP 080 - CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTE COM SONDA VESICAL.....	159
POP 081 - LAVAGEM INTESTINAL	160
POP 082 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA	162
POP 083 - ADAPTAÇÃO DE BOLSA COLETORA EM FÍSTULA ABDOMINAL.....	163
POP 084 - CURATIVOS	165
POP 085 - CURATIVOS COM COBERTURA DE HIDROCOLOIDE	170
POP 086 - CURATIVOS COM COBERTURA DE FILME DE POLIURETANO.....	173
POP 087 - CUIDADOS COM TRAÇÃO ORTOPÉDICA	175
POP 088 - PREVENÇÃO DE QUEDAS	176
POP 089 - CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE	179
POP 090 - AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO DO PACIENTE.....	182
POP 091 - POSICIONAMENTO DO PACIENTE NO LEITO.....	184
POP 093 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA CADEIRA	192
POP 094 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DO LEITO PARA A MACA E DA MACA PARA O LEITO	195
POP 095 - TROCA DE ROUPA DE CAMA COM PACIENTE NO LEITO – CAMA ABERTA	198
POP 096 - PREPARO DA CAMA HOSPITALAR – CAMA FECHADA E CAMA DE OPERADO	200
POP 098 - PERTENCES DO PACIENTE	203
POP 099 - MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS	204
POP 100 - PROCESSAMENTO PARA DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMI CRITICOS DE INALOTERAPIA	208
POP 102 - ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE DISPOSITIVOS.....	211
POP 103 - PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO	216
POP 104 - LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE	226
POP 105 - LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE	228
POP 106 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	230
POP 107 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA.....	232
POP 108 - ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS.....	234
POP 109 - USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPIs	235
POP 110 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	240
POP 111 – TRANSFERENCIA DE PACIENTE PELO MAQUEIRO.....	242

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	244
ANEXOS.....	247
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS.....	248
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS.....	248
ANEXO V– ESCALA DE GLASGOW	Erro! Indicador não definido.
ANEXO VI – PRECAUÇÃO DE CONTATO	251
ANEXO VII – PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS	252
ANEXO VIII – PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS	253
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	253
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	255
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	256
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	257
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	258
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	259
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	259
ANEXO X – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 107.....	261
ANEXO X – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 107.....	262
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS– POP 108.....	263
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	264
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	265
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	266
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	267
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	268
ANEXO XII – Manual Informativo para paciente e acompanhante e Termo de ciência.....	Erro! Indicador não definido.
1. IDENTIFICAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. PERTENCES.....	Erro! Indicador não definido.
3. ACOMPANHANTES	Erro! Indicador não definido.
(AFIXAR NO PRONTUÁRIO).....	Erro! Indicador não definido.
4. VISITAS	Erro! Indicador não definido.
5. ALIMENTAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Erro! Indicador não definido.
7. CRÍTICAS E SUGESTÕES.....	Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO

Este instrumento de trabalho foi desenvolvido seguindo os princípios científicos, normas e protocolos do Ministério da Saúde, integrado à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e seguindo as condutas éticas determinadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN/SP, garantindo a qualidade na assistência de enfermagem.

Tem o objetivo de reduzir o desperdício de material, aumentar a produtividade e a qualidade dos processos, garantir maior segurança aos clientes e trabalhadores, padronizar e minimizar os desvios na execução das atividades, facilitar os processos de capacitação e treinamento dos colaboradores.

Todo o processo segue o Procedimento Operacional Padrão (POP) que é roteiro para a padronização de tarefas e deve ser obrigatoriamente seguido pela equipe de Enfermagem.

O Protocolo Operacional Padrão será revisado a cada 2 anos, e atualizado sempre que necessário, de acordo com as mudanças nos protocolos e determinações vigentes.

POP 001 - INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

**AGENTE
S**

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

CONCEITO	Princípio 1: Economia de Energia Adotar uma sequência lógica das etapas a serem seguidas na execução de procedimentos contribui para evitar movimentos desnecessários, dispende energia e diminuir o desconforto físico do paciente e do profissional. A habilidade psicomotora, destreza manual e mecânica corporal adequada também economizam energia. Princípio 2: Economia de Tempo Adotar uma sequência lógica das etapas a serem seguidas, contribui para economizar movimentos, energia e otimizar o tempo dispensado em cada procedimento. O planejamento da ação, postura corporal e habilidade psicomotora também contribuem para a economia de tempo. Princípio 3: Economia de Material Definir os materiais necessários antes da execução do procedimento evita o desperdício. Padronizar o material, utilizar kits e bandejas comuns em todas as unidades de atendimento e organizá-los antes de executar o procedimento, evita a perda de tempo e energia, além de não causar ansiedade no paciente e no profissional. Princípio 4: Controle de Infecção Adotar princípios científicos e destreza manual na sequência das etapas a serem seguidas, contribui para diminuir o risco de infecção cruzada, aumentando assim a segurança do profissional e do paciente.
MÉTODO	Ordem de etapa padrão para todos os procedimentos 1. Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento; 2. Preparar o material necessário; 3. Organizar o ambiente; 4. Identificar o paciente pelo nome e certificar-se do procedimento a ser desenvolvido, conferindo o prontuário do paciente; 5. Orientar paciente, familiares e acompanhantes sobre o cuidado de enfermagem a ser prestado; 6. Respeitar a privacidade e tradições do paciente; 7. Colocar o material sobre a mesa da cabeceira; 8. Posicionar o paciente confortavelmente;

	9. Manter o ambiente em ordem após cada procedimento; 10. Checar todo procedimento realizado no prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ A equipe de enfermagem deve apresentar-se devidamente uniformizada, sem adornos grandes, unhas aparadas, sapato fechado, crachá de identificação e material no bolso. ✓ Procurar chegar com 10 (dez) minutos de antecedência para receber o plantão. ✓ Seguindo NR32

POP 002 - PASSAGEM DE PLANTÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A passagem de plantão, entrega ou troca de turno é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação de forma clara, objetiva e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta e/ou indireta ao paciente durante um turno de trabalho. Tem o objetivo de melhorar a comunicação entre as equipes de enfermagem, transmitindo informações sobre as intercorrências, pendências, situações e fatos específicos da unidade, garantindo a continuidade da assistência e o planejamento do trabalho. Sempre seguir os horários padronizados à passagem de plantão: 07:00 horas e 19:00 horas.
RECURSOS	1. Profissionais; 2. Prontuários; 3. Impressos.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 1. Realizar a passagem de plantão entre Enfermeiros; 2. Supervisionar e participar da passagem de plantão da equipe de enfermagem; 3. Orientar a equipe sobre a importância do silêncio durante a passagem de plantão.

**OBSERV
AÇÕES**

Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:

1. Realizar passagem de plantão beira leito entre Técnicos/Auxiliares de Enfermagem;
2. Identificar adequadamente o paciente (nome, leito, diagnóstico clínico);
3. Evitar conversas paralelas durante a passagem de plantão;
4. Enfatizar as "intercorrências" relevantes à assistência de enfermagem;
5. O tempo de passagem de plantão não deve ultrapassar 20 (vinte) minutos.

- ✓ Manter o ambiente calmo e tranquilo para realização da passagem de plantão entre as duas equipes de enfermagem: a que está encerrando e a que está iniciando o plantão.
- ✓ Se esquecer de passar dados importantes na assistência prestada, deve-se comunicar ao Enfermeiro após o término da passagem de plantão.
- ✓ Se por qualquer motivo um profissional não participar da passagem de plantão, deverá assim que chegar se dirigir ao Enfermeiro responsável para justificar sua ausência.
- ✓ Procurar chegar 10 (dez) minutos antes do início do plantão.
- ✓ Relatar as intercorrências, exames pendentes, preparos para exames, falta de medicamentos ou materiais, etc.
- ✓ Passar a medicação (caixa de medicamentos) de cada paciente para o Técnico/Auxiliar de Enfermagem que assumir o plantão.
- ✓ Observar a checagem da medicação na prescrição.
- ✓ Checar condições gerais dos pacientes (sinais vitais, acesso venoso, etc).
- ✓ Passar em plantão a condição do carrinho de emergência, bandejas com kit de procedimentos, funcionamento do desfibrilador, monitores, oxímetros e respiradores.
- ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos da unidade.

POP 003 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o registro de todos os cuidados prestados aos pacientes internados. As anotações de enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é uma fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Tem o objetivo de assegurar a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, fornecendo informações sobre a assistência prestada e identificando alterações do estado e condições do paciente. Possibilita a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados e favorece a detecção de novos problemas e avaliação dos cuidados.
RECURSOS	1. Computador, sistema CMDPRO; 2. Carimbo do profissional.
MÉTODO	Ao Enfermeiro competente: 1. Realizar evolução de enfermagem; 2. Avaliar os relatórios de enfermagem realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem; 3. Supervisionar a equipe de enfermagem durante a realização dos relatório de enfermagem; 4. Orientar quanto aos aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem. Ao Técnico/Auxiliar de enfermagem competente descrever e registrar: ➤ Durante a admissão: 1. Nome completo do paciente, com diagnóstico, data e hora da admissão; 2. Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas); 3. Presença de acompanhante ou responsável; 4. Queixas relacionadas ao motivo de internação; 5. Procedimentos realizados conforme prescrição médica ou instruções de trabalho; 6. Intercorrências durante o período de internação. ➤ Transferência de unidade:

1. Horário, motivo de transferência, unidade de destino, forma (condições de transporte) e intercorrências;
2. Cuidados realizados;
3. Queixas.

➤ **Alta hospitalar:**

1. Data e hora da alta e saída da unidade;
2. Procedimentos e cuidados realizados;
3. Orientações prestadas.

➤ **Higiene:**

1. Tipo de banho: leito, imersão e aspersão em cadeira de banho, com auxílio ou deambulando.

➤ **Higiene íntima:**

1. Motivo da higiene, aspecto do aparelho genital, presença de secreção, edema e hiperemia.

➤ **Diurese:**

1. Se espontânea, por sonda vesical de alívio ou de demora; cistostomia;
2. Característica da diurese (coloração e odor);
3. Volume da diurese (oligúria, anúria, poliúria);
4. Presença de anormalidades (piúria, hematúria, colúria, presença de sedimentos, entre outras).

➤ **Evacuação:**

1. Episódios (com respectivos horários);
2. Quantidade;
3. Consistência (pastosa, líquida, semilíquida);
4. Vias de eliminação (reto e ostomias);
5. Anotar anormalidades (presença de sangue, pus, muco, etc.).

➤ **Drenos:**

1. Local de inserção e tipo;
2. Aspecto e quantidade do líquido drenado;

**OBSERV
AÇÕES**

3. Sinais e sintomas observados.

➤ **Curativos:**

1. Local da lesão;
2. Data e horário de realização;
3. Sinais e sintomas observados (presença de exsudado seroso, sanguinolento, purulento e pio-sanguinolento);
4. Tipos de curativo (aberto, oclusivo, compressivo e semi-oclusivo);
5. Descrever o material utilizado (pomadas entre outros).

➤ **Acesso venoso periférico/ central:**

1. Local de inserção;
2. Data e hora da instalação;
3. Motivo de troca ou retirada;
4. Sinais e sintomas observados (sinais flogísticos);

➤ **Administração de medicamentos:**

2. Registrar a via onde foi administrado os medicamentos (vias EV, IM, SC, ID e VO), e checar após a administração.

➤ **Intercorrências:**

1. Descrição da intercorrência, sinais e sintomas observados e conduta tomada.

➤ **Ações Corretivas:**

- ✓ As anotações de enfermagem devem ser realizadas de forma cronológica aos acontecimentos e cuidados prestados;
- ✓ Ao final da anotação, deve-se imprimir, carimbar e assinar com nome do profissional que a realizou.
- ✓ Não usar termos que deem conotação de valor nas anotações (bem, mal, muito, bastante, entre outros).
- ✓ Durante as anotações de enfermagem deve-se utilizar termos técnicos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação/ realizar as anotações de enfermagem de forma clara e objetiva.
- ✓ Não nos casos de engano, usar “digo”, entre vírgulas.

POP 004 - REALIZAÇÃO DA SAE	
AGENTES	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do Enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe. É o conjunto das fases (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem), coordenadas entre si e que funcionam como uma estrutura organizada. Tem o objetivo de possibilitar a sistematização, planejamento e avaliação do cuidado de enfermagem prestado ao paciente. A Lei 7498/1986 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, regulamentado pelo decreto 94.406/1987 do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e uma Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): Determina a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições Brasileiras de Saúde. Art. 1 - Ao Enfermeiro incumbe: I - Privativamente; a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Art. 3 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, devendo ser composta pelo Processo de Enfermagem. 1. Histórico de Enfermagem - HE É um levantamento dos dados subjetivos e objetivos do paciente para identificar seus problemas, tornando possível o desenvolvimento de todas as outras fases do processo de enfermagem, sendo que seu preenchimento é uma atividade específica do Enfermeiro. É composto de duas fases: a) Entrevista: questionário próprio para recolher dados sobre a situação de saúde; b) Exame Físico: Conjunto de técnicas e manobras com o intuito de detectar problemas de funcionalidade, anatomia, entre outros, para possíveis intervenções e prevenção do agravamento do estado de saúde do paciente. 2. Diagnóstico de Enfermagem - DE

Trata-se de um julgamento após análise de dados coletados no histórico (entrevista e exame físico) das limitações e dos recursos necessários ao paciente. Nessa fase, o Enfermeiro avalia os problemas de saúde reais ou potenciais que são possíveis de regulação por meio das atividades de enfermagem.

3. Prescrição de Enfermagem - PE

É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente, com o objetivo de prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

O momento de realização da SAE é na admissão, de modo complementar, no decorrer do dia, na alta do paciente ou sempre que o Enfermeiro julgar necessário a mudança de conduta.

A SAE é um recurso para:

- Planejar intervenções e gerenciar a implantação da mesma pela equipe de Enfermagem;
- Direcionar o cuidado através de registro documentado;
- Gerar registros de dados para pesquisa e questões legais;
- Deve ser descrito com verbo de ação no infinitivo (fazer, encaminhar, aplicar, banhar, orientar, esclarecer, controlar, acompanhar);
- Estabelecer o que fazer, como fazer e quando fazer;
- Ser dirigida pelos diagnósticos de enfermagem, médicos e outros problemas levantados (prescrição médica, exames e cirurgias);
- As atividades prescritas devem ser cumpridas pela equipe de enfermagem, sendo checada e rubricada por quem realizou (data, nome, COREN e carimbo);
- Deve ser feita diariamente para todos os pacientes em observação e internados com prescrição médica.

4. Evolução de Enfermagem - EE

É a anotação diária do Enfermeiro sobre o estado de saúde do paciente. É refeita na vigência de alteração no estado de saúde do paciente, sempre anotando horário de sua alteração.

A evolução dos pacientes deve ser baseada no exame físico, sinais e sintomas e relato do paciente ou acompanhante.

	As anotações devem ser registradas em prontuário do paciente via sistema, com data, horário, assinatura e carimbo.
RECURSOS	1. Estetoscópio; 2. Esfigmomanômetro; 3. Termômetro; 4. Relógio de pulso; 5. Lanterna clínica; 6. Otoscópio; 7. Espátula de madeira; 8. Fita métrica; 9. Balança; 10. Régua antropométrica. 11. Computador, sistema CMDPRO
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Ambiente calmo e tranquilo para realização do exame físico. Ao Enfermeiro compete: 1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante, explicando a importância da SAE; 2. Realizar coleta de dados (histórico de enfermagem) junto ao paciente, registrando em sistema; 3. Proceder a higienização das mãos; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Proceder a realização do exame físico céfalocaudal; 6. Retirar luvas de procedimento e proceder a higienização das mãos; 7. Registrar em sistema, o exame físico os achados clínicos obtidos; 8. Realizar os diagnósticos de enfermagem de acordo com a anamnese e exame físico do paciente, em sistema; 9. Realizar a prescrição de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem; 10. Realizar a evolução de enfermagem em sistema; 11. Anexar os impressos da SAE ao prontuário do paciente.

	Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Realizar as ações de enfermagem prescritas pelo Enfermeiro; 2. Checar a prescrição de enfermagem; 3. Anexar a SAE no prontuário do paciente.
OBSERV AÇÕES	✓ Durante a realização da SAE, manter ambiente calmo e tranquilo. ✓ Realizar a SAE conforme a sequência (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem). ✓ Não usar termos que deem conotação de valor nas anotações (bem, mal, bastante, entre outros). ✓ Durante a evolução deve-se utilizar termos técnicos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação. ✓ Realizar a evolução de enfermagem de forma clara, objetiva e sucinta. ✓ Realizar a SAE dos pacientes sob seus cuidados conforme rotina interna do setor, obedecendo como critério o sistema de classificação de pacientes (Resolução COFEN 293/04), priorizando os pacientes com maior gravidade. ✓ Garantir minimamente uma evolução de enfermagem por dia, bem como as intercorrências devidamente registradas. ✓ Supervisionar a execução da SAE para todos os pacientes, garantindo o cumprimento do protocolo de cuidados de enfermagem e o registro em sistema.

POP 005 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE MEDICAÇÃO	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	1. Receber plantão. 2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 3. Realizar organização da sala de medicação. 4. Verificar temperatura da câmara e quantitativo de vacina e soro, avisando ao enfermeiro da sala de emergência, para reposição (realizar reposição no primeiro horário da manhã) 5. Receber os pacientes provenientes da sala de emergência que permanecerão em observação e os que chegam pelos consultórios médicos. 6. Realizar administração de medicamentos. 7. Realizar coleta de exames, se necessário; realizar eletrocardiograma nos pacientes em observação, bem como encaminhar para RX. 8. Realizar anotações de enfermagem na ficha de atendimento, via sistema. 9. Encaminhar o paciente para a enfermaria onde será internado. 10. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão e/ ou Enfermeiro.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 006 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE REPOUSO/INTERNAÇÃO	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	1. Receber plantão. 2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 3. Realizar organização do posto de enfermagem. 4. Receber os pacientes provenientes da sala de emergência e sala de medicação que permanecerão em repouso. 5. Realizar administração de medicamentos, cuidados de enfermagem, seguindo as prescrições médica e de enfermagem. 6. Realizar coleta de exames, encaminhar para a realização de exame e eletrocardiograma, RX, ultrassonografia, etc, se necessário. 7. Realizar anotações de enfermagem no prontuário a cada 2 horas. 8. Encaminhar os pacientes para a enfermaria onde serão internados, quando a vaga for cedida. 9. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 007 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor (equipe da sala de emergência).
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	1. Receber plantão. 2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 3. Realizar organização do posto de enfermagem. 4. Receber os pacientes provenientes dos consultórios, e da sala de emergência. 5. Realizar administração de medicamentos, cuidados de enfermagem, seguindo as prescrições médica e de enfermagem. 6. Auxiliar equipe médica quando solicitado. 7. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 008 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE EMERGÊNCIA/ SEMI-INTENSIVA	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	1. Receber plantão. 2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 3. Realizar organização da sala de emergência/ Semi-Intensiva, conferindo cada box e testando todos os aparelhos do mesmo. 4. Conferir carrinho de emergência e desfibrilador no início do plantão; 5. Repor material sempre após ser utilizado; 6. Conferir bandejas com os kits e materiais padronizados; 7. Na sala de emergência receber pacientes vindos por livre demanda, trazidos pelo Serviço Móvel, provenientes da Classificação de Risco e consultórios médicos; 8. Seguir as prescrições médicas e de enfermagem; 9. Realizar e/ou encaminhar pedidos de exame (laboratoriais, RX, ultrassonografia, tomografia); 10. Realizar anotações de enfermagem no prontuário a cada 2 horas; 11. Encaminhar os pacientes para as enfermarias onde serão internados, quando a vaga for cedida; 12. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado e zelar pelo bom funcionamento dos ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 009 - PREPARO DO LEITO DE EMERGÊNCIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Proporcionar ambiente adequado para recepção imediata e atendimento emergencial ao paciente na sala de emergência e/ ou Semi-Intensiva.
RECURSOS	1. Cama fechada; 2. Fluxômetro de Oxigênio com umidificador; 3. Umidificador; 4. Frasco de aspiração; 5. Extensão de látex; 6. Escadinha; 7. Fluxômetro de ar comprimido; 8. Caixa coletora de material perfurocortante de 3l; 9. Comadre, compadre; 10. Equipamentos: • Oxímetro de pulso; • Monitor cardíaco; • Bomba de infusão; • Respirador artificial testado. 11. Colchão; 12. Mesa de refeição; 13. Esfigmomanômetro; 14. Estetoscópio; 15. Cesto de lixo com pedal; 16. Almotolia com álcool; 17. Ambu; 18. Bandeja auxiliar contendo: • EPIs; • 01 sonda de aspiração nº 14; • 01 pacote de gaze III; • 01 jogo de eletrodos; • 01 catéter de oxigênio; • 01 máscara de ventury.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos;

	2. Reunir o material e levar à unidade do paciente; 3. Proceder a arrumação da cama fechada; 4. Ligar a bomba de infusão; 5. Montar o leito com: • Respirador com circuito estéril, mantendo a ponta; • Ambu estéril com extensão, máscara e bolsa reservatória adequada ao tamanho e faixa etária do paciente; • Bandeja auxiliar com materiais mínimos: EPIs, frascos de exames, sondas de aspiração de vias aéreas, etc; • Aspirador de parede ou móvel com extensão estéril e testado; • Cama montada aberta; • Válvulas de ar comprimido e Oxigênio e fluxômetro de Oxigênio funcionantes; • Monitor com cabos de Pressão Arterial, eletrocardiograma com 5 derivações, oxímetro de pulso e temperatura. 6. Comunicar ao Enfermeiro após o término da montagem.
OBSERV AÇÕES	✓ Todos os equipamentos devem permanecer ligados na rede elétrica para obter bateria carregada. ✓ Todos os equipamentos devem ser testados no início do plantão e sempre que necessário.

am

POP 010 - CARRINHO DE EMERGÊNCIA

AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o equipamento móvel utilizado para atendimento de urgência nas unidades assistenciais. Deve ser verificado diariamente, com reposição imediata após o uso, pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem sob a responsabilidade do Enfermeiro.
RECURSOS	O carrinho de emergência possui lista de materiais e medicamentos anexos.
MÉTODO	1. Acionar a equipe para atendimento; 2. Remover o carrinho até a unidade do paciente; 3. Orientar o paciente quanto ao procedimento, se consciente; 4. Solicitar privacidade aos familiares ou acompanhantes; 5. Posicionar o leito; 6. Um profissional de enfermagem inicia a separação de materiais e medicamentos para uso; 7. Um profissional verifica punção venosa e manutenção pérvia; 8. Iniciar reanimação cardiorrespiratória, se necessário.
OBSERVAÇÕES	✓ O atendimento é feito sempre em conjunto Médico. ✓ A responsabilidade técnica pela montagem, conferência e reposição de materiais do carro de emergência é do Enfermeiro. No entanto, todos os membros da equipe de Enfermagem podem realizar a conferência, reposição e limpeza de tal equipamento, desde que sob a supervisão do Enfermeiro (conforme decisão do Parecer Técnico nº 037/2013 - COREN-SP). ➤ Cada Carrinho de Emergência deverá conter: ✓ Pasta com listagem padrão de acordo com o setor; ✓ Buscar novo lacre numerado na farmácia; ✓ Lacre numerado;

	✓ Tesoura anexa ao carrinho para rompimento do lacre. ✓ Manter carrinho e desfibrilador ligado na tomada durante todo o tempo. ✓ Guardar o lacre rompido para garantir a reposição do carrinho. ✓ Cumprir escala de conferência do carrinho feita pelo Enfermeiro do setor, repor as faltas e comunicar eventuais problemas; ✓ Manter os kits e bandejas seladas e anotar no impresso próprio com data, carimbo e rubrica. ✓ Solicitar ao Médico a receita dos psicotrópicos usados na emergência; ✓ Preencher o impresso “Checklist dos Carrinhos de Emergência” anotando o que foi usado. ✓ O funcionário do leito que abriu o carrinho de emergência deverá repor e lacrar o carrinho e kits após o uso.
--	--

POP 011 - ADMISSÃO DE PACIENTE CRÍTICO EM EMERGENCIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A admissão na EMERGENCIA adulto destina-se a pacientes graves. Tem o objetivo de padronizar as ações de enfermagem ao paciente crítico sistematizando o atendimento e proporcionando conforto e segurança.
RECURSOS	1. Leito arrumado (com todos os itens necessários); 2. Monitor cardíaco; 3. Oximetria de pulso; 4. Aparelho de PANI; 5. Aparelho de glicemia capilar; 6. Lanceta; 7. Tira reagente para glicemia capilar; 8. Estetoscópio; 9. Termômetro.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 1. Providenciar a montagem do leito conforme a rotina; 2. Receber o paciente no leito; 3. Acomodar adequadamente o paciente no leito; 4. Realizar a admissão, SAE e registros de enfermagem no prontuário do paciente; 5. Verificar se o paciente possui algum tipo de alergia alimentar ou medicamentosa e anotar no prontuário; 6. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente/familiares, entregar manual informativo para pacientes e acompanhantes e assinar termo de ciência. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Higienizar as mãos; 2. Instalar monitorização cardíaca, oximetria de pulso, PANI e verificar sinais vitais; 3. Realizar controle de glicemia capilar a cada 2 horas ou se necessário; 4. Realizar Eletrocardiograma quando necessário e solicitado; 5. Realizar controle e balanço hídrico a cada 2 horas; 6. Realizar as medicações prescritas no prontuário;

	7. Auxiliar nos procedimentos médicos; 8. Realizar os cuidados prescritos pelo Enfermeiro; 9. Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente a cada 2 horas; 10. Manter a unidade em ordem.
OBSERV AÇÕES	✓ Manter grades elevadas sempre, devido a risco de queda. ✓ Fazer checagem do material, conforme Checklist do setor. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 012 - ADMISSÃO DE PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO/ REPOUSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A admissão do paciente ocorre quando há necessidade de ocupar um leito por 24 horas ou mais. O paciente é recebido por um profissional da instituição e encaminhado à unidade de internação. Deve ser recebido com cordialidade e gentileza para aliviar suas apreensões e ansiedades. O objetivo é de otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento, facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.
RECURSOS	1. Esfigmomanômetro e estetoscópio; 2. Relógio; 3. Termômetro; 4. Aparelho medidor de glicose (se necessário).
MÉTODO	Ao Médico da unidade compete: 1. Verificar com o Enfermeiro a existência de vaga e as condições do paciente a ser admitido; 2. Comunicar ao Enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma alteração. 3. Inserir o paciente na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS; 4. Atualizar diariamente o sistema CROSS Ao Enfermeiro compete: 1. Checar a existência da vaga e classificar o paciente quanto ao grau de dependência para determinar localização do leito, se próximo ao posto de enfermagem, isolamento, etc. (utilizar o Sistema de Classificação de Pacientes); 2. Realizar as mudanças e remanejamentos necessários para agilizar o processo; 3. Receber o paciente; 4. Realizar exame físico;

	5. Orientar sobre normas e rotinas do setor (horários de visita, horário das refeições, nome do Médico responsável); 6. Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição; 7. Realizar a SAE; Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Montar o leito após limpeza com: • Cama montada aberta ou cama cirúrgica conforme necessidade; • Manutenção de artefato de terapia respiratória adequado ao caso (catéter nasal, máscara, etc.); • Monitorização adequada, se necessário; • Comunicar ao Enfermeiro após o término da montagem. 3. Higienizar as mãos; 4. Apresentar-se ao paciente; 5. Certificar-se da identidade do paciente e encaminhá-lo até o leito preparado; 6. Verificar se o prontuário está completo; 7. Verificar SSVV; 8. Identificar o leito e prontuário com nome e possíveis alergias; 9. Registrar no prontuário; 10. Realizar as anotações de enfermagem.
OBSERV AÇÕES	✓ Verificar se o paciente faz uso de medicação contínua; comunicar ao Enfermeiro e farmácia o uso da medicação e identificar o prontuário. ✓ Atentar para alergias, se houver; manter a identificação no prontuário e comunicar ao Enfermeiro.

POP 013 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A aferição da pressão é um procedimento que envolve conhecimentos referentes à técnica de aferição, ao ambiente onde será realizada e à condição física e emocional do paciente. A pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias, dependendo da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos é chamada de Pressão Arterial. O ponto mais alto da pressão nas artérias é chamado de pressão sistólica. O ponto mais baixo ou a pressão que está sempre presente sobre as paredes arteriais é chamado de pressão diastólica. O instrumento utilizado para medir a pressão arterial é o esfigmomanômetro e os tipos mais usados são: os de coluna, de mercúrio e o ponteiro (aneróide), possuindo ambos um manguito inflável que é colocado em torno do braço do paciente; além do monitor multiparâmetro. O estetoscópio é o instrumento que amplifica os sons e os transmite até os ouvidos do operador. A série de sons que o operador ouve ao verificar a pressão sanguínea é chamada de sons de Korotkoff. O primeiro som claro, quando o sangue flui, através da artéria comprimida é a pressão sistólica. A pressão diastólica ocorre no ponto em que o som muda ou desaparece. Hipertensão: PA acima da média; Hipotensão: PA inferior à média; Convergente: a sistólica e a diastólica se aproximam; Divergente: a sistólica e a diastólica se afastam; Normotensão: PA dentro dos parâmetros normais.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Esfigmomanômetro; 3. Estetoscópio; 4. Algodão com álcool 70%; 5. Fazer desinfecção na oliva.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material;

3. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo;
4. Certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores;
5. O paciente deve estar na posição sentado ou deitado; pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira, relaxado e sem falar;
6. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
7. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
8. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a Artéria braqueal;
9. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à pressão sistólica;
10. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
11. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30mmHg nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação;
12. Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo);
13. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
14. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
15. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
16. Se 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).
17. Esperar em torno de um minuto antes de realizar novas medidas;

	18. Informar os valores da PA obtidos ao paciente (se consciente); 19. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida (ANDRADE et al., 2010, p. 42) 20. Registrar procedimento em prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000); 21. Comunicar Médico/ Enfermeiro em caso de alteração da PA; 22. Lavar as mãos; 23. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ A medida da PA pode variar em função de características biológicas e físicas. ✓ Podem ocorrer erros na aferição da PA e estes geralmente relacionam-se ao paciente (reações físicas, cansaço, ansiedade), ao profissional (técnica usada para a medição da pressão) e ao esfigmomanômetro (utilização do manguito não adequado). ✓ Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses. ✓ Gestante recomenda-se que a PA seja verificada em posição sentada. ➤ Valores de Referência: • Adultos normotensos: sistólica entre 90 e 130mmHg; diastólica entre 60 a 85mmHg. • Crianças normotensas: sistólica entre 60 e 90mmHg; diastólica entre 30 a 60mmHg. ✓ Atentar para ansiedade, dor, estresse, ingestão de cafeína, tabagismo, idade, sexo, posição corporal, uso de substâncias psicoativas, exercícios, doença de base e febre que podem alterar a pressão.

CUIDADOS E RECOMENDAÇÕES			
1. APARELHO DE PRESSÃO			
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Manômetro	ponteiro (aneroide)	Estar no zero e ter movimentos livres	Mais ou menos lento oscilação
Manguito	Borracha, tubos e conexões	Íntegros	Vazamentos colabados, frouxos
	Braçadeira	íntegra	Estragada
	Fixadores	íntegros	Soltos ou desgastados
Pera e Válvula	Pera de borracha	íntegra	Com vazamento colabada ou
2. ESTETOSCÓPIO			
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Olivas	-	Presentes e íntegras	Ausentes, trincadas, soltas ou sujas
Tubos e Conexões	-	íntegros	Trincados, furados ou desiguais
Cabeçote		íntegros	Solta ou furada
3. PACIENTE			
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Posição	Deitado, sentado ou em pé	Conforto e repouso	Desconforto e stress
Membro	Superior ou inferior	Despido e apoiado	Com roupas
	Diâmetro	Manguito apropriado	Cobrir a face externa
	Posição do membro	Nível do coração e a 45° do corpo	Abaixo ou acima do coração
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Colocação	Distância da prega	2,5 cm acima	Maior ou menor

o da Braçadeira	do cotovelo		
	Parte inflável (manguito)	Cobrir a face interna do braço	Cobrir apenas a face externa
	Ajuste da braçadeira	Estar bem ajustada	-
	tubos	Deixar livres	Presos, entrelaçados ou retorcidos
Manômet ro	Visibilidade	Bem visível	Má iluminação
	Posição	Nível dos olhos	Posição inadequada

POP 014 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Frequência cardíaca é o número de vezes que o coração bate por minuto. Sua verificação tem o objetivo de detectar alterações da frequência e indicar variações individuais conforme a faixa etária. Os valores normais são entre 60 e 100 batimentos por minutos em um indivíduo adulto.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Álcool a 70% e algodão; 3. Estetoscópio; 4. Relógio com ponteiro de segundos.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material na bandeja e levar ao quarto; 3. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 4. Fazer desinfecção na oliva e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%; 5. Colocar o diafragma do estetoscópio na parte esquerda do tórax na altura do 4º espaço intercostal; 6. Auscultar e contar os batimentos cardíacos por 60 segundos completos; 7. Limpar o estetoscópio com álcool a 70%; 8. Guardar o material utilizado; 9. Lavar as mãos; 10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Valores de Referência: • Menores que 60 batimentos por minuto: bradicardia. • Maiores que 100 batimentos por minuto: taquicardia.

POP 015 - CONTROLE DE PULSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a verificação dos batimentos cardíacos, apalpando uma artéria e sentindo a expansão da parede arterial em sincronismo com o batimento cardíaco. Tem o objetivo de avaliar condições hemodinâmicas e detectar disritmias cardíacas.
RECURSOS	1. Relógio com ponteiro de segundos.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 3. Colocar os dedos médios e indicador sobre uma artéria superficial do paciente, comprimindo-a levemente; 4. Contar os batimentos durante um minuto; 5. Repetir o procedimento, se necessário; 6. Lavar as mãos; 7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ As artérias indicadas para verificação do pulso são: radial, braquial, poplítea, pediosa, temporal, carótida e femoral. ✓ O exame do pulso inclui a verificação da frequência, do ritmo e da amplitude de pulso (cheio ou filiforme). ✓ Valores de referência e nomenclatura: • No adulto: 60 a 100bpm (normosfigmia); • Menores que 60bpm (bradisfigmia); • Maiores que 100bpm (taquisfigmia); • Abaixo de 7 anos: 80 a 120bpm; • Acima de 7 anos: 70 a 90bpm; • Puberdade: 80 a 95 bpm; • Pulso normocárdico: batimento cardíaco normal; • Pulso rítmico: os intervalos entre os batimentos são iguais; • Pulso arritmico: os intervalos entre os batimentos são desiguais; • Pulso dicrótico: dá impressão de dois batimentos; • Taquisfigmia: pulso acelerado; • Bradisfigmia: frequência abaixo da faixa normal;

	• Pulso filiforme: indica redução da força ou do volume do pulso periférico.
POP 016 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a verificação da quantidade de respirações por minuto. A frequência respiratória é mensurada através da observação da expansão torácica contando o número de inspirações por minuto. Valores normais: Adultos: 12 a 20 inspirações por minuto.
RECURSOS	1. Relógio com ponteiro de segundos.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 3. Colocar a mão no pulso radial como se fosse verificar o pulso e observar os movimentos respiratórios; 4. Contar a frequência respiratória por minuto e memorizar; 5. Lavar as mãos; 6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	➤ Tipos de Respiração: ✓ Eupneica: respiração normal; ✓ Dispneica: respiração trabalhosa, difícil ou curta; ✓ Ortopneica: incapacidade de respirar facilmente, exceto na posição ereta; ✓ Traquipneia: respiração rápida, acima dos valores da normalidade, frequentemente pouco profunda; ✓ Bradipneia: respiração lenta, abaixo da normalidade; ✓ Apneia: ausência de respiração; ✓ Respiração de Cheyne-Stokes: respiração em ciclos, que aumenta e diminui a profundidade; ✓ Respiração de Kussmaul: inspiração profunda seguida de apneia e expiração suspirante, característica de coma diabético; ✓ Respiração de Biot: respirações superficiais durante 2 a 3 ciclos, seguidos por períodos irregulares da apneia; ✓ Respiração sibilante: sons que se assemelham a assovios.

POP 017 - CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a verificação da temperatura corporal, que permite avaliar a eficiência da regulação térmica. Tem o objetivo de detectar infecções e problemas respiratórios e auxiliar no diagnóstico e tratamento.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Álcool etílico; 3. Algodão; 4. Termômetro.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material; 3. Levar o material ao leito do paciente; 4. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 5. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool; 6. Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax; 7. Manter nesta posição até soar o alarme sonoro do termômetro; 8. Verificar o valor obtido; 9. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool; 10. Guardar o material em local apropriado; 11. Lavar as mãos; 12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	➤ Valores de Referência: ✓ Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C; ✓ Afebril: 36,1 a 37,2°C; ✓ Estado febril/subfebril: 37,3 a 37,7°C; ✓ Febre/hipertermia: 37,8 a 38,9°C; ✓ Pirexia: 39 a 40°C; ✓ Hiperpirexia: acima de 40°C ✓ A temperatura axilar normal varia entre 36,1 a 37,2°C

	✓ A temperatura bucal é cerca de 0,5°C maior que a temperatura axilar e a retal é 0,8°C a 1°C superior a axilar.
--	--

POP 018 - CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o controle de glicemia por meio de fita reagente (dextro). Tem o objetivo de verificar os níveis de glicose no sangue, por meio de fita reagente, com leitura visual para auxiliar no tratamento do Diabetes.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Luvas de procedimento; 3. Bolas de algodão com álcool 70%; 4. Lanceta para punção digital ou agulha de insulina; 5. Frasco com fita reagente; 6. Aparelho de dextro.
MÉTODO	1. Reunir o material na bandeja; 2. Levar o material ao quarto do paciente; 3. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 4. Verificar se aparelho de dextro está com o chip e com bateria; 5. Retirar 1 tira reagente e tampar o frasco imediatamente; 6. Colocar a tira no aparelho de dextro seguindo as instruções do fabricante do aparelho; 7. Colocar luvas de procedimento; 8. Fazer antisepsia no local com algodão embebido em álcool 70% e aguardar secar; 9. Puncionar a lateral do dedo (polpa) ou lóbulo da orelha com lanceta; 10. Coletar uma gota grande de sangue, evitando pressionar excessivamente, colocá-la sobre a fita cobrindo completamente; 11. Limpar e comprimir o dedo com algodão e álcool 70%; 12. Desprezar a lanceta em caixa de perfurocortante; 13. Aguardar a contagem do aparelho de dextro para dar o resultado; 14. Lavar as mãos; 15. Comunicar alterações ao Enfermeiro;

km

	16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	➤ Quando o resultado da GC for: • ≤70mg/dL - iniciar protocolo “correção de Hipoglicemia”; • >71-110mg/dL- está normal; • >110-140mg/dL - recomenda-se repetir a Glicemia em jejum a cada 24 horas ou a critério do Médico; • ≥ 250mg/dL-iniciar protocolo “correção de Hiperglicemia” imediatamente e acionar o Enfermeiro para a assistência clínica.

POP 019 - CONTROLE HÍDRICO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o ato de quantificar todo o volume de líquido ingerido e o eliminado. Tem o objetivo de auxiliar no tratamento.
RECURSOS	1. Sistema faz o cálculo de Balanço Hídrico.
MÉTODO	1. Verificar a quantidade de ingestão líquida permitida (24 horas); 2. Orientar o paciente e os familiares para obter sua cooperação; 3. A cada 24 horas, quantificar o total da ingestão e eliminação de líquidos; 4. Checar a realização do procedimento na prescrição médica.
OBSERVAÇÕES	➤ O que entra no Balanço Hídrico: ✓ Líquidos administrados: • Soros; • Medicações EV (mesmo que seja 02ml); • Diluição de medicações (EV e VO); • Sangue e derivados; • Medicações VO líquidas (ex.: Nistatina, óleo mineral); • Controle de líquidos fornecido pela copa (ver coerência em relação à aceitação); • Sonda nasointestinal: dieta e lavagem. ✓ Líquidos eliminados: • Urina; • Fezes (diarreia); • Vômitos; • Drenagens; • Sangramentos.

POP 020 - PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a pressão venosa dentro do átrio direito ou nas grandes veias dentro do tórax. Finalidades: • Servir como guia para a reposição líquida nos pacientes graves; • Calcular os déficits do volume sanguíneo; • Determinar as pressões nos átrios e nas veias centrais; • Avaliar a insuficiência circulatória. Os locais de verificação são: veia jugular interna ou externa; veia subclávia.
RECURSOS	1. Suporte de soro; 2. 01 soro fisiológico 0,9% de 250ml; 3. 01 equipo de P.V.C.; 4. 01 Gaze III; 5. Esparadrapo e micropore; 6. Nível de Carpenter (régua).
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir todo o material; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Colocar o paciente nivelado, em decúbito dorsal, com MMII e MMSS ao longo do corpo; 5. Colar a fita e equipo de P.V.C. no suporte; 6. Marcar zero na escala, que pode ser pela linha médio-axilar, manúbrio ou apêndice xifoide; 7. Iniciar o fluxo da solução, enchendo as vias do equipo; 8. Ligar o equipo de P.V.C. ao catéter venoso central por uma torneira de 3 vias (dânula); 9. Virar a torneira para abrir a conexão entre o equipo e o paciente. Assim sendo, o nível de líquido cai até equilibrar a P.V.C. existente na veia cava superior;

	10. Observar a queda da solução e registrar o nível em que ela se estabiliza; 11. A partir do zero considera-se: • Acima: acréscimo de pontos conforme a escala (+1, +2); • Abaixo: decréscimo de pontos conforme a escala (-1, -2). 12. Comunicar o resultado ao Médico, pois servirá de guia para constatar hipovolemia, hipervolemia ou alterações da contratilidade cardíaca.
OBSERV AÇÕES	✓ O paciente deve estar com acesso venoso central (duplo lúmen). ✓ Nunca aproveite o zero estabelecido anteriormente, pois o paciente é mobilizado durante o decorrer do plantão. ✓ Atentar para fatores que interferem no resultado da verificação como isquemia, septicemia, ventilação mecânica. ✓ Confirme após a medida da P.V.C. se as outras vias foram abertas. ✓ Complicações possíveis: Trombose; Infecção; Embolização ou coágulos na ponta do cateter.

POP 021 - OXIMETRIA DE PULSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Método não invasivo de monitorização da saturação de oxigênio na hemoglobina (SatO ₂), através de um sensor fixado mais comumente na ponta do dedo. Tem o objetivo de detectar alterações nos níveis de oxigênio.
RECURSOS	1. Aparelho de oxímetro; 2. Cabo; 3. Sensor.
MÉTODO	1. Explicar o procedimento ao paciente; 2. Realizar limpeza do local onde será colocado o sensor; 3. Ligar o aparelho; 4. Selecionar parâmetros de limites de saturação segundo a necessidade; 5. Instalar o sensor no local escolhido; 6. Avaliar os valores mostrados no visor do aparelho; 7. Anotar no prontuário do paciente, nos horários determinados; 8. Comunicar ao Médico/Enfermeiro valores fora dos limites estabelecidos.
OBSERVAÇÕES	✓ Valores normais: 95 a 100%; ✓ Valores intermediários: 94 a 86% - necessita avaliação constante e suporte de O₂ por meio de cateteres/máscaras de venturi; ✓ Valores baixos: inferiores a 85% - necessitam de intervenção médica para garantir o suporte de O₂ (entubação orotraqueal/CPAP).

POP 022 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Monitorar a frequência cardíaca e o traçado eletrocardiográfico do paciente, observando arritmias precoces (taquiarritmias e bradiarritmias) para evitar intercorrências fatais.
RECURSOS	1. Monitor cardíaco; 2. Cabo de monitor; 3. 05 eletrodos descartáveis; 4. Álcool 70%; 5. Gaze III; 6. Aparelho de barbear.
MÉTODO	1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Lavar as mãos; 3. Fazer assepsia da pele e tricotomia da região torácica, se necessário; 4. Colocar eletrodos na pele em locais específicos: • 1º eletrodo na região infraclavicular Direita; • 2º eletrodo na região infraclavicular esquerda; • 3º eletrodo na região infra mamária Direita em espaço intercostal; • 4º eletrodo na região '1 inframamária esquerda em espaço intercostal; • 5º eletrodo na região mediastinal espaço central; 5. Conectar os cabos: • vermelho no 1º eletrodo; • amarelo no 2º eletrodo; • preto no 3º eletrodo; • verde no 4º eletrodo; • branco no 5º eletrodo; 6. Ligar o aparelho;

	7. Selecionar derivação mais solicitada (geral/DII); 8. Selecionar velocidade (geral/25 a 50); 9. Adequar os níveis de alarme às necessidades do paciente; 10. Comunicar ao Médico/Enfermeiro alterações detectadas; 11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Fazer tricotomia da região que tiver grande quantidade de pelos para evitar interferências. ✓ Limpar a pele com gaze embebida em álcool nas regiões que receberam eletrodos para eliminar a oleosidade da pele (alta resistência elétrica) e aumentar a transmissão dos impulsos elétricos - troca de eletrodos está condicionada à necessidade e ao surgimento de alterações no padrão de monitorização. ✓ Sempre observar o traçado para verificar se não apresenta alterações que possam ser causadas por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito ou interferência de outros aparelhos. ✓ O eletrodo descartável já vem com gel condutor, porém pode colocar se necessário.

POP 023 - ELETROCARDIOGRAMA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Exame que permite a avaliação da atividade elétrica do coração. Registra ritmo, batimentos por minutos e permite identificação de arritmias.
RECURSOS	1. Eletrocardiógrafo; 2. Gel hidrossolúvel; 3. Eletrodos; 4. Álcool 70%; 5. Lençol descartável.
MÉTODO	1. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo esteja ligado; 2. Checar a presença e integridade dos cabos de força, fio terra e eletrodos com seis vias; 3. Solicitar que o paciente exponha o tórax, punhos e tornozelos, se possível; 4. Retirar relógio, correntes, chaves, celulares, etc.; 5. Orientar e deitar o paciente e cobri-lo para que o mesmo não fique exposto; 6. Orientar o paciente para evitar movimentação ou conversar, enquanto o eletrocardiograma está sendo registrado, a fim de evitar artefatos/interferências; 7. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos); 8. Colocar os eletrodos precordiais(tórax) e periféricos (membros superiores e inferiores) com gel hidrossolúvel; 9. Iniciar o registro no eletrocardiógrafo; 10. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico; 11. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da

	maca e vestir-se; 12. Identificar o eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, data e hora; 13. Lavar as mãos; 14. Manter a sala em ordem; 15. Realizar anotação de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	➤ Eletrodos Precordiais: são seis e se colocam na região precordial. • V1: No quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno. • V2: No quarto espaço intercostal, na margem esquerda do esterno. • V3: Entre os eletrodos V2 e V4. • V4: No quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular (a partir do ponto médio da clavícula). • V5: No mesmo nível que o eletrodo V4, na linha axilar anterior (a partir da prega axilar anterior). • V6: No mesmo nível que os eletrodos V4 e V5, na linha axilar média (a partir do ponto médio da axila). ➤ Eletrodos Periféricos: são quatro e se colocam nos membros do paciente. Cada um tem uma cor diferente: • R: Braço Direito (Right), eletrodo vermelho, evitando proeminências ósseas; • L: Braço Esquerdo (Left), eletrodo amarelo, evitando proeminências ósseas; • F: Perna Esquerda (Foot), eletrodo verde, evitando proeminências ósseas; • N: Perna Direita é o Neutro (N), eletrodo preto.

POP 024 - APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o momento em que o Enfermeiro analisa a prescrição médica e, utilizando seus conhecimentos sobre medicamentos, estipula horários para sua administração, de acordo com os intervalos prescritos pelo Médico e a rotina de aprazamento vigente. • Prescrição Médica de Medicamento Se Necessário (S/N) - Consiste na medicação que deverá ser feita ao paciente se for necessário. O Enfermeiro deverá ter prudência ao determinar a necessidade da administração, não havendo necessidade de pedir autorização ao Médico para administrá-la. Geralmente o Médico estabelece intervalos para a administração da medicação; • Prescrição Médica a Critério Médico (ACM) – Consiste na exigência de que o Enfermeiro responsável pelo paciente consulte o Médico titular ou o Médico plantonista para a administração da medicação, ou seja, não há administração sem a confirmação médica; • ATB – Antibiótico; ATBT – Antibioticoterapia. Este POP tem o objetivo de padronizar horário de administração dos medicamentos dos pacientes e racionalizar o tempo de serviço da enfermagem.
RECURSOS	1. Prescrição médica atual e anterior do cliente; 2. Caneta.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 1. Conhecer o tempo de intervalo e as interações das medicações padronizadas pela unidade; 2. Analisar cuidadosamente cada prescrição médica; 3. Orientar equipe de enfermagem sobre diluição, administração e tempo de infusão das medicações; 4. O enfermeiro é profissional responsável pelo aprazamento. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Manter a prescrição anterior e atual no prontuário do paciente devidamente identificadas; 2. Aguardar prescrição médica do dia;

	3. Checar as medicações realizadas ou bolar as não realizadas, sempre registrando no prontuário eletrônico do paciente Padrão de Aprazamento: • 1 x dia: 10; • 12/12 hs: 10 e 22; • 8/8 hs: 14, 22 e 06; • 6/6 hs: 12, 18, 24 e 06; • 4/4 hs: 14, 18, 22, 02, 06 e 10; • 2/2 hs: 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 02, 04, 06, 08, 10; • Manhã/Jejum: 06; • Almoço e Jantar: 12 e 18; • Após Almoço: 12; • Noite: 22.
OBSERV AÇÕES	✓ Quando coincidir a aplicação de duas medicações no mesmo horário, sempre deve ser administrado primeiro o ATB de 12/12 hs. ✓ Se ocorrer administração errada de medicação por dose ou intervalo indevido, em decorrência de rasuras, siglas ou abreviações, avisar o Enfermeiro da unidade. ✓ Se houver reação após administração, avisar o Enfermeiro/Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente. ✓ Realizar devolução das medicações que não foram utilizadas do seu horário.

POP 025 - SALINIZAÇÃO DO DISPOSITIVO ENDOVENOSO PERIFÉRICO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a prática de irrigação sobre pressão positiva em períodos regulares dos dispositivos endovenosos com solução salina. Mantém a permeabilidade, garante a infusão de toda a medicação que tenha ficado na extensão do cateter e evita o retorno sanguíneo e por consequência a obstrução do cateter. Tem o objetivo de manter o acesso venoso periférico pervio.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Bandeja; 3. Seringa descartável de 10ml; 4. Agulha descartável 40x12; 5. Bolas de algodão; 6. Álcool 70%; 7. Flaconete de solução fisiológica 0,9%.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 1. Orientar a equipe de enfermagem; 2. Observar anormalidades no cateter venoso periférico com infiltração e possível troca. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Higienizar as mãos; 2. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%; 3. Separar e organizar o material necessário na bandeja; 4. Aspirar a solução fisiológica 0,9% na seringa de 10ml; 5. Calçar as luvas de procedimento; 6. Realizar a desinfecção das vias do cateter com algodão embebido em álcool 70%; 7. Aspirar o dispositivo para confirmar o fluxo do cateter; 8. Administrar a solução fisiológica em cada via do cateter; 9. Desprezar a agulha utilizada na caixa de perfurocortante;

	10.Desprezar o material utilizado como seringas e algodão no saco de lixo branco; 11.Retirar as luvas e desprezá-las no saco de lixo branco; 12.Higienizar as mãos; 13.Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente, conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000.
OBSERV AÇÕES	✓ Durante a higienização e manipulação do dispositivo, observar as características do local, se há sinais flogísticos como: edema, hiperemia, calor, dor. ✓ Comunicar ao Enfermeiro para possível troca se infiltração no tecido subjacente.

POP 026 - PREPARO DE MEDICAÇÃO PARENTERAL - PUNÇÃO VENOSA		
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
CONCEITO	A via Parenteral consiste na injeção de medicamentos através das vias: Endovenosas, Intradérmicas, Intramusculares e Subcutâneas.	
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Seringas 1ml, 3ml, 5ml, 10ml, 20ml; 3. Agulhas 13x4,5, 25x7, 25x8, 30x7, 30x8, 40x12; 4. Recipiente com bolas de algodão; 5. Almotolia com álcool 70%; 6. Caixa de perfurocortante; 7. Dispositivo para fixação do acesso venoso: esparadrapo, micropore; 8. Identificação; 9. Luvas de procedimento; 10. Medicação prescrita.	
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Separar o medicamento a ser preparado, conferir validade e aspecto; 3. Lavar as mãos com técnica adequada. <u>Ampola</u> 1. Montar a seringa e a agulha apropriada, atentando para não contaminá-las; 2. Limpar o gargalo da ampola com algodão embebido em álcool 70%; 3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos; 4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão não-dominante, e com a outra pegar a seringa com agulha e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido; 5. Aspirar a dose prescrita; 6. Deixar a seringa/agulha para cima em posição vertical expelindo todo o ar que tenha penetrado;	

	7. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente e via de administração; 8. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja; 9. Administrar a medicação pela via prescrita; 10. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado; 11. Lavar as mãos. <u>Frasco-Ampola - Liófilo (Pó)</u> 1. Checar a medicação prescrita; 2. Lavar as mãos; 3. Retirar o lacre metálico superior do frasco-ampola e limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70%; 4. Quebrar a ampola diluente conforme técnica anterior; 5. Montar seringa/agulha usando agulha de maior calibre e aspirar o líquido; 6. Injetar o líquido no frasco-ampola e realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma; 7. Erguer o frasco verticalmente logo após a homogeneização, aspirando a dose prescrita; 8. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente e via de administração; 9. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja; 10. Administrar a medicação pela via prescrita; 11. Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado; 12. Lavar as mãos.
OBSERVAÇÕES	✓ Antes do preparo da medicação, perguntar sobre alergias. ✓ Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data, horário da diluição e assinar. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.

	✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 027 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na introdução de medicamento diretamente na corrente sanguínea. Seu uso permite a administração de grande volume e ação imediata do medicamento.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Seringas 3ml, 5ml, 10ml, 20ml; 3. Agulha 40x12 para aspirar; 4. Agulha 30x8 para punção; 5. Algodão; 6. Álcool 70%; 7. Garrote; 8. Fita crepe para identificação; 9. Luvas de procedimento; 10. Medicamento prescrito; 11. Abocath/ scalp no nº adequado ao calibre da veia; 12. Esparadrapo/ micropore; 13. Etiqueta para identificação da medicação com: nome do paciente, leito, via, gotejamento, horário e nome da medicação.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Selecionar a medicação, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos; 3. Escolher seringa e agulha de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrada; 4. Lavar as mãos; 5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%; 6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12; 7. Preparar medicação conforme técnica descrita; 8. Explicar ao paciente o que será realizado; 9. Calçar as luvas; 10. Selecionar veia de calibre adequado para punção; garrotear o braço do paciente acima do local escolhido; manter membro em hiperextensão, imóvel e com mão fechada; 11. Realizar antisepsia do local escolhido com algodão e álcool 70%;

	12. Posicionar o dispositivo venoso combisel voltado para cima e proceder a punção venosa (abocath, scalp ou agulha); 13. Soltar o garrote e pedir para abrir a mão; 14. Injetar a medicação lentamente observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas; 15. Retirar o dispositivo e pressionar o local da punção com algodão; 16. Se permanecer com acesso venoso, fixar com esparadrapo ou micropore e instalar soro prescrito ou salinizar; 17. Descartar materiais utilizados na caixa apropriada; 18. Retirar as luvas; 19. Lavar as mãos; 20. Realizar evolução e anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000); 21. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Atentar para os cinco passos da administração correta das medicações: (paciente certo, medicamento certo, dosagem certa, via de administração certa e horário certo). ➤ <u>Locais possíveis para Punção Venosa</u> • Braço/Antebraço: fossa cubital, mediana do antebraço, mediana do cotovelo, basílica e cefálica; • Dorso da mão: veias metacarpianas dorsais, arco venoso dorsal; • Dorso do pé como último recurso: arco venoso dorsal, veia mediana marginal; • Região cervical: jugular externa (privativo do Enfermeiro). ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 028 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)	
AGENTE S	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a introdução de pequena quantidade de medicação, entre a pele e o tecido subcutâneo, com agulha em ângulo de 15° ou paralelo à pele com volume máximo de 0,5ml.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Agulha 10x5 ou 13x4,5; 3. Solução prescrita; 4. Seringa 1ml.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Lavar as mãos; 3. Preparar medicação conforme técnica já descrita; 4. Orientar o paciente sobre procedimento; 5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, Pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado; 6. Fazer a antisepsia da pele com água e sabão (álcool 70° não é indicado para não interferir na reação da droga); 7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador; 8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima; 9. Injetar a solução lentamente com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose; 10. Não friccionar o local; 11. Desprezar os materiais perfuro cortantes em recipiente adequado; 12. Lavar as mãos; 13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 14. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após

	receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.
--	--

POP 029 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

6/20

CONCEITO	A aplicação Intramuscular (IM) consiste na introdução de líquido dentro da massa muscular.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Medicação prescrita; 3. Seringa 3ml, 5ml - conforme volume a ser injetado (máximo 5ml); 4. Agulha 30x7, 30x8, 25x7 - comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado; 5. Algodão; 6. Álcool 70%.
MÉTODO	1. Atentar para prescrição medicamentosa: data, dose, via, horário e nome do paciente; 5. Lavar as mãos com técnica adequada; 6. Preparar injeção, conforme técnica já descrita; 7. Orientar o paciente sobre o procedimento; 8. Escolher local da administração; 9. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool 70%; 10. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar; 11. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo; 12. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo, (caso aconteça retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento); 13. Injetar o líquido lentamente; 14. Retirar a seringa/ agulha em movimento único e firme; 15. Fazer leve compressão no local; 16. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (caixa de resíduo perfurocortante); 14. Lavar as mãos; 15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 16. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. ✓ Na seleção do local deve-se considerar o seguinte: • Distância em relação a vasos e nervos importantes; • Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;

	• Espessura do tecido adiposo; • Idade do paciente; • Irritabilidade da droga; • Atividade do paciente. ➤ <u>LOCAIS DE APLICAÇÃO:</u> I -Dorsoglútea (DG): Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação. 1. Colocar o paciente em decúbito ventral, lateral ou na posição vertical, solicitando que o paciente posicione os pés direcionados para dentro, pois ajudará no relaxamento do músculo; 2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, à partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur; 3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
OBSERV AÇÕES	II -Ventroglútea (VG): Indicada para pacientes acima de 03 anos; 1. Paciente pode estar em decúbito lateral, ventral, dorsal ou posição vertical; 2. Colocar a mão esquerda no quadril do paciente; 3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior; 4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca; 5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador um triângulo e aplicar a medicação no centro do triângulo. III- Face Vasto Lateral da Coxa: Indicado para lactentes acima de 1 mês, crianças e adultos. 1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado; 2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na face anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15cm do trocânter e 9-12cm acima do joelho, numa

faixa de 7-10cm de largura.

IV -Deltoide:

1. Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
2. Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio.

Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

➤ **Escolha correta do ângulo:**

- Vasto lateral da coxa - ângulo 90° em direção podálica.
- Deltoide - ângulo 90°.
- Vento glúteo - ângulo 90° com angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo - ângulo 90°.

➤ **Volume máximo para cada região:**

- Região deltoidea (4cm abaixo do acrômio): até 3ml.
 - Região dorsoglútea (quadrante superior lateral): até 4ml.
 - Região ventroglútea (Hochstetter): até 4ml.
 - Região anterolateral da coxa (vastolateral): até 4ml.
-
- ✓ A angulação e calibre da agulha devem ser sempre de acordo com a massa muscular.
 - ✓ Deve-se posicionar o bisel da agulha de forma lateral, minimizando agressões às fibras musculares e a dor durante o procedimento.
 - ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico.
 - ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.
 - ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.
 - ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 030 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Via para injetar pequena quantidade de medicamento (0,5 a 2ml) no tecido subcutâneo abaixo da pele do paciente. Indicada para administrar anticoagulantes (heparina), hipoglicemiantes (insulinas) e vacinas.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Seringa de 1 ou 3ml; 3. Agulha 13x4,5, 10x5, 25x7; 4. Álcool 70%; 5. Algodão.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Lavar as mãos; 3. Preparar medicação, conforme técnica; 4. Orientar paciente sobre o procedimento; 5. Escolher o local da administração; 6. Fazer antisepsia da pele com algodão/álcool 70% de cima para baixo; 7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração; 8. Introduzir a agulha com bisel voltado para cima num ângulo de 90°; 9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo; 10. Injetar o líquido lentamente; 11. Retirar a seringa/ agulha num movimento único e firme; 12. Fazer leve compressão no local com algodão; 13. Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado; 14. Lavar as mãos. 15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 16. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	➤ <u>Locais de Aplicação:</u> • Região deltoide no terço proximal; • Face superior externa do braço; • Face anterior da coxa;

	• Face anterior do antebraço; • Parede abdominal. ✓ Na administração de insulina/heparina não realizar massagem após aplicação. ✓ Administrar volume máximo de 0,5ml a 2ml; o tecido subcutâneo é extremamente sensível à soluções irritantes e grandes volumes de medicamento. ✓ Introduzir a agulha em ângulo de 90° quando hipodérmica ou 45° quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças. ✓ Realizar rodízio nos locais de aplicação. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo no prontuário. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro
--	--

POP 031 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste em aplicação de colírios ou pomadas no saco lacrimal, com o objetivo de combater infecção, evitar úlceras de córnea, provocar midríase ou miose e aplicação de anestésico.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Colírio ou pomada oftalmológica; 3. Gaze; 4. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Atentar para a medicação prescrita: data, nome do paciente, dose, horário e apresentação; 2. Separar medicação prescrita; 3. Lavar as mãos; 4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás; 5. Calçar as luvas de procedimento; 6. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente; 7. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar o colírio no saco lacrimal ou colocar a pomada com o próprio tubo; 8. Orientar o paciente a fechar a pálpebra lentamente e fazer movimentos giratórios do globo ocular; 9. Lavar as mãos; 10. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento; 11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 12. Manter ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Não encostar o conta-gotas ou tubo de pomada no olho do paciente; ✓ Com o auxílio da gaze, retirar o excesso de colírio/pomada. ✓ Ocluir o olho com monóculo, quando indicado. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.

	✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 032 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	
AGENTE	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

S	
CONCEITO	É a administração de medicamentos pela boca na forma de apresentação: líquidos ou sólidos.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Copo descartável/graduado ou colher, espátula, trituração de medicamentos; 3. Medicação.
MÉTODO	1. Atentar para prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, horário, via de administração e apresentação; 2. Explicar o procedimento ao paciente; 3. Lavar as mãos; 4. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos; Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar; 5. Em caso de líquido - agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado; 6. Explicar o procedimento ao paciente; 7. Oferecer a medicação; 8. Certificar-se que o medicamento foi deglutido; 9. Lavar as mãos; 10. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Verificar se o paciente ingeriu a medicação. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 033 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na aplicação de medicamentos na mucosa nasal, facilitando a drenagem da secreção nasal.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Frasco de medicamento; 3. Gaze; 4. Conta-gotas; 5. Algodão ou cotonete; 6. Cuba rim.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Orientar o paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Inclinar a cabeça do paciente (sentado ou deitado) para trás; 5. Retirar o medicamento prescrito com conta-gotas e pingar na parte superior da cavidade nasal, evitando tocar na mucosa; 6. Solicitar que o paciente fique nessa posição por alguns minutos; 7. Lavar as mãos; 8. Manter o ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Observar a necessidade de higiene nasal antes da aplicação da medicação. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 034 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste em colocar o medicamento sob a língua do paciente.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Recipiente com medicamento.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Orientar o paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Colocar o medicamento sob a língua e pedir ao paciente para não engolir saliva por alguns minutos.
OBSERVAÇÕES	✓ Pedir para o paciente enxaguar a boca antes da aplicação da medicação. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.

cam

POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA GÁSTRICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Introdução do medicamento por via gástrica através de sonda.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Estetoscópio; 3. Triturador ou macerador de comprimidos; 4. Copo graduado; 5. Seringa 20 ml; 6. Gaze; 7. Espátula.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Orientar o paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Fazer teste de posicionamento de sonda gástrica; 5. Dissolver medicamentos em água com triturador em copo graduado; 6. Introduzir a medicação diluída por sonda gástrica; 7. Lavar a sonda com 20ml de água filtrada; 8. Recolher o material; 9. Deixar o ambiente organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Observar o posicionamento da sonda gástrica com teste de refluxo de ausculta de murmúrios gástricos. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;

	✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	--

POP 036 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a introdução de medicamento no canal auditivo, com objetivo de prevenir processo inflamatório ou tratar infecções, facilitar a remoção de cerúmen e corpo estranho.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Gaze; 3. Medicamento prescrito.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Orientar o paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Inclinar a cabeça do paciente (sentado ou deitado) lateralmente; 5. Retirar o medicamento por conta-gotas; 6. Entreabrir o canal auditivo e pingar a medicação: • No adulto: puxar pavilhão da orelha para cima e para trás para retificar o conduto auditivo; • Na criança: puxar para baixo e para trás; 7. Recolher o material; 8. Manter o local limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Administrar a medicação sempre em temperatura ambiente. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.

	✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	--

POP 037 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA CUTÂNEA OU TÓPICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Aplicação de medicamento na pele com objetivo de obter uma ação local.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Medicamento; 3. Gaze III; 4. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Orientar o paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Calçar as luvas; 5. Instilar a medicação (pomada, spray, óleo) na superfície estipulada; 6. Recolher o material; 7. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.

POP 038 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste em introduzir o medicamento na mucosa vaginal para diminuir a infecção vaginal, preparar para exames cirúrgicos e genitais.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Medicamentos; 3. Luvas de procedimento; 4. Gaze; 5. Aplicador apropriado; 6. Xylocaína, se necessário e/ou prescrita; 7. Absorvente (se necessário).
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome da paciente; 2. Orientar a paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Calçar as luvas; 5. Colocar a paciente em posição ginecológica; 6. Colocar medicamento no aplicador e lubrificar sua ponta com Xylocaína (quando prescrita) ou umedecê-la com água para facilitar sua introdução; 7. Abrir os pequenos lábios, expor o orifício vaginal e introduzir o aplicador com o medicamento em direção ao sacro, para baixo e para trás, cerca de 5cm para que a medicação fique na parede posterior da vagina; 8. Pedir para a paciente ficar em decúbito dorsal aproximadamente por 15 minutos, com um travesseiro sob os quadris, para melhor distribuição do medicamento sobre a mucosa; 9. Colocar absorvente, se necessário; 10. Recolher o material; 11. Manter o ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ O medicamento pode ser introduzido sob a forma de tampões, supositórios, comprimidos, cremes, gel, lavagens ou irrigações. ✓ Manter a privacidade da paciente (uso de biombo). ✓ Registrar qualquer tipo de reação que a paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável

	e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se a paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar a paciente.
--	--

POP 039 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Introdução do medicamento via mucosa retal em forma de supositórios ou clister medicamentoso.
RECURSOS	1. Bandeja/ Cuba rim; 2. Gaze; 3. Luvas de procedimento; 4. Medicamentos; 5. Papel higiênico; 6. Xylocaína; 7. Sonda retal; 8. Lençol impermeável.
MÉTODO	1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 2. Orientar o paciente sobre o procedimento; 3. Lavar as mãos; 4. Calçar as luvas; 5. Posicionar o paciente em decúbito lateral E com MID levemente fletido (posição de sims); 6. Posicionar o lençol impermeável sob as nádegas; 7. Afastar os glúteos com o polegar e indicador da mão não dominante para visualizar o ânus. ➤ <u>Para Supositórios:</u> a) Introduzir o medicamento (supositório) com a mão dominante (de 5 a 10cm); b) Comprimir levemente as nádegas para evitar o retorno do supositório. ➤ <u>Para Clister:</u> a) Passar Xylocaína na ponta da sonda retal; b) Introduzir a sonda cerca de 5 a 10cm; c) Conectar o clister para infusão gota a gota ou instilar por compressão manual. 8. Colocar o paciente em posição confortável; 9. Recolher o material; 10. Manter o ambiente limpo e organizado.

OBSERV AÇÕES	✓ Solicitar que o paciente permaneça deitado e retenha a medicação pelo tempo máximo que aguentar, no caso do clister. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--------------------------------	---

POP 040 - ADMINISTRAÇÃO DE INALAÇÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a administração de solução fisiológica ou água destilada em Oxigênio ou ar comprimido com ou sem medicação nas vias aéreas superiores com o objetivo de aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos; umidificar para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas; fluidificar para facilitar a remoção das secreções viscosas e densas.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Medicação prescrita; 3. Ampola de água destilada ou solução fisiológica; 4. Agulha descartável 40x12; 5. Seringa descartável de 10ml; 6. Fluxômetro de O₂ ou ar comprimido; 7. Kit de inalação com: copo, máscara e fio de extensão; 8. Papel toalha; 9. Bandeja; 10. Fita com identificação da medicação; 11. Álcool 70%.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante; 3. Informar as possíveis reações causadas pelas medicações. Ao Enfermeiro competente: 1. Orientar a equipe de enfermagem quanto ao procedimento; 2. Observar anormalidades e comunicar ao Médico. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente: 1. Confirmar a prescrição médica; 2. Higienizar as mãos; 3. Separar e preparar a medicação prescrita; 4. Preparar a etiqueta de identificação da medicação prescrita: paciente, via, horário e medicação; 5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

	6. Reunir o material e encaminhar ao quarto; 7. Orientar sobre o procedimento que será realizado; 8. Higienizar as mãos; 9. Calçar as luvas; 10. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver restrição (30° a 90° C); 11. Colocar a medicação prescrita no recipiente do inalador; 12. Conectar o copo do inalador no fio de extensão à rede de O₂ ou ar comprimido conforme prescrição médica; 13. Forrar o tórax do paciente com papel toalha; 14. Ligar o fluxômetro, medindo através da graduação 3 a 7 litros/min., observando a formação da névoa do inalador; 15. Colocar a máscara na face do paciente na região da boca e do nariz; 16. Orientar que o paciente segure o inalador até o término da medicação, se não houver condições, orientar o acompanhante que o faça; 17. Após o término da medicação, desligar o fluxômetro e retirar a máscara; 18. Deixar o paciente em posição confortável; 19. Encaminhar os inaladores utilizados na unidade para a sala de desinfecção e realizar a desinfecção do material; 20. Retirar as luvas e realizar a lavagem das mãos; 21. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Verificar se a rede de O₂ está calibrada. ✓ Informar ao Enfermeiro e ao Médico se alergia a medicação. ✓ Comunicar ao Enfermeiro se dispositivo mal adaptado, levando a vazamentos e perda da medicação. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	--

POP 041 - VACINAÇÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

CONCEITO	As vacinas são produtos biológicos que protegem as pessoas de determinadas doenças. São constituídas por agentes patógenos (vírus ou bactérias que causam doenças) previamente atenuados ou mortos ou por fragmentos desses agentes. Sua função é estimular uma resposta imunológica do organismo, que passa a produzir anticorpos sem ter contraído a doença.
RECURSOS	1. Imunobiológicos (vacinas, soros e afins); 2. Seringas e agulhas; 3. Cartão ou comprovante de vacina; 4. Carimbo com data; 5. Luvas descartáveis; 6. Caixa térmica; 7. Gelox; 8. Termômetro.
MÉTODO	1. Receber o paciente na sala de medicação; 2. Orientar o paciente sobre a vacina a ser administrada, os eventos adversos mais comuns e retorno na unidade de Saúde mais próxima a sua residência; 3. Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no Local da aplicação; 4. Assegurar-se de que a temperatura da vacina e diluente estejam adequados entre 2° a 8°C; 5. Lavar as mãos; 6. Calçar as luvas; 7. Executar técnica asséptica em todo o procedimento; 8. Observar a dosagem recomendada na prescrição médica; 9. Respeitar o local de aplicação, segundo faixa etária; 10. Lavar o local da aplicação com água e sabão, caso o mesmo não apresente boas condições de higiene e, em seguida, assepsia com álcool 70%; 11. Se criança, solicitar que a mãe ou responsável a segure de forma adequada, garantindo uma imobilização segura; 12. Atentar para a relação entre o ângulo de aplicação e agulha adequada, levando em consideração a quantidade de massa muscular do paciente a ser vacinado;

	13. Aspirar a vacina conforme dosagem; 14. Administrar lentamente o líquido da vacina; 15. Não massagear o local da aplicação; fazer apenas leve compressão com algodão seco; 16. Não retirar a agulha da seringa no momento do descarte; 17. Não reencapar a agulha; 18. Descartar em caixa de perfuro cortante, respeitando o limite Permitido (2/3 do recipiente); 19. Lavar as mãos; 20. Ao realizar aplicações simultâneas de vacinas, identifique no cartão do paciente o tipo de vacinas e doses aplicadas; 21. Registrar a vacina administrada, nº de lote, data da aplicação e retorno no cartão do paciente com letra legível e carimbar; 22. Manter ambiente limpo e organizado.
OBSERV AÇÕES	➤ Cuidados com guarda das vacinas: ✓ Aferir temperatura da geladeira de vacinas anotada em planilha própria de manhã, à tarde e à noite, que deve estar de 2° a 8°C conforme preconiza o Ministério da Saúde. ✓ Proceder a limpeza da geladeira a cada 15 dias, mantendo frascos de vacinas em caixa térmica preparada previamente com 1/3 de gelox, termostato na temperatura de 2° a 8°C e acondicionar as vacinas. ✓ Em caso de queda de energia/alteração de temperatura, retirar os frascos, ampolas e diluentes de vacinas e acondicioná-los em caixa térmica previamente preparada com 1/3 de gelox, termostato com temperatura de 2° a 8°C e comunicar ao plantão da Vigilância Epidemiológica.

km

POP 043 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE VENOSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Laboratório
CONCEITO	Fornecer informações laboratoriais para elucidação diagnóstica e auxiliar na adoção de conduta terapêutica.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Álcool a 70%; 3. Algodão; 4. Vacutainer e agulha para vacutainer; 5. Seringas de 3ml, 10ml e 20ml; 6. Agulha para coleta 25x8; 7. Garrote; 8. EPIs: óculos de proteção, avental estéril de mangas longas e máscaras descartáveis; 9. Tubos para coleta de sangue com tampas (amarela, vermelha, azul, roxa, cinza, falcon ou frascos de hemocultura); 10. Esparadrapo e/ou micropore; 11. Etiquetas para identificação; 12. Caixa apropriada para o transporte do material ao laboratório; 13. Livro para protocolo de entrega dos exames ao laboratório.
MÉTODO	1. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 2. Verificar quais exames solicitados e se a guia de requisição está devidamente preenchida; 3. Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados; 4. Confirmar com o paciente (se consciente) o preparo adequado para o exame solicitado; 5. Registrar em livro de protocolo os dados do paciente e exames solicitados; 6. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 7. Atentar para rede venosa, escolhendo veias de maior calibre; 8. Realizar antissepsia com álcool 70% com movimentos circulares, aguardando a evaporação do produto antes de introduzir a agulha; 9. Coletar exame conforme técnica de punção venosa; 10. Acondicionar o material coletado em caixa de transporte; 11. Desprezar as luvas e lavar as mãos;

	12. Encaminhar o material ao laboratório; 13. Solicitar à pessoa que recebeu o material assine o livro de controle.
OBSERVAÇÕES	✓ Todos os tubos deverão ser homogeneizados imediatamente após a coleta. Deve-se invertê-los de 5 a 8 vezes, suavemente. ✓ Quando o paciente possui mais de um exame solicitado, e esses exames necessitam de materiais diferentes que devem ser coletados em recipientes diferentes, deve-se obedecer a uma sequência para a coleta de materiais para que não haja contaminação dos aditivos de um tubo para o outro, evitando grandes alterações em alguns parâmetros analíticos. ➤ A sequência de coleta para tubos de sangue é; 1º. Tubo com Citrato de Sódio (tampa azul); 2º. Tubo sem anticoagulante (tampa vermelha ou tampa amarela); 3º. Tubo com heparina (tampa verde); 4º. Tubo com EDTA (tampa roxa); 5º. Tubo com Fluoreto de Sódio (tampa cinza).

POP 044 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE ARTERIAL	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	A gasometria arterial avalia a troca gasosa, através da medida das pressões parciais de Oxigênio (PaO ₂) e Dióxido de Carbono (PaCO ₂), assim como o pH de uma amostra arterial.
RECURSOS	1. Agulha hipodérmica; 2. Seringa de 3ml com heparina (ou seringa específica para gasometria arterial); 3. Cubo de borracha para proteção da agulha (em geral presente nos kits para gasometria arterial); 4. Tampa plástica para seringa (fornecida pelo fabricante da seringa); 5. Bolinha de algodão com álcool 70% (ou lenço antisséptico); 6. Bolinha de algodão seco (ou gaze); 7. Esparadrapo; 8. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Lavar as mãos conforme técnica adequada; 2. Escolher qual artéria será puncionada, dando preferência para a radial; 3. Posicionar o paciente com o punho em extensão e localizar a artéria radial com os dedos indicador e médio. 4. Realizar o Teste de Allen: comprimir a artéria radial e ulnar ao mesmo tempo. A mão ficará descorada. Interromper a compressão sobre a artéria ulnar e a cor normal da mão deverá retornar. Esse procedimento assegura que haverá aporte sanguíneo para a mão caso haja espasmo da artéria radial; 5. Calçar as luvas e conectar a seringa à agulha; 6. Desencapar a seringa e localizar novamente a artéria radial usando a sua mão não-dominante; 7. Inserir a agulha na pele em um ângulo de 30 graus, no local onde há pulsação máxima da artéria radial. Avançar lentamente a agulha até que haja um fluxo de sangue dentro da agulha. A pressão arterial preencherá a seringa; 8. Remover o conjunto agulha/seringa, protegendo a ponta da agulha no cubo de borracha;

	9. Aplicar pressão sobre o local da punção com a bolinha de algodão para estancar o sangramento. Prolongar a pressão por um período de 3 a 5 minutos; 10. Retirar de forma segura a agulha (com a ponta já protegida) e desprezar na caixa coletora de perfurocortantes; 11. Ocluir a ponta da seringa com a tampa fornecida pelo fabricante e retirar qualquer bolha de ar presente; 12. Dispor o material em uma caixa com gelo (ou gelox) e encaminhar prontamente para análise; 13. Retirar as luvas e desprezá-las no cesto de lixo infectante; 14. Lavar as mãos; 15. Realizar a anotação correta sobre a realização do procedimento no prontuário do paciente. Não se esquecer de relatar possíveis intercorrências.
OBSERVAÇÕES	✓ Explicar ao paciente que a gasometria arterial avalia como os pulmões estão entregando o Oxigênio ao sangue e eliminando o Dióxido de Carbono. ✓ Após avaliação, informar ao paciente qual será o local da punção: artéria radial, braquial, femoral ou inguinal. ✓ Instruir o paciente a respirar normalmente durante a coleta de sangue arterial e avisá-lo que uma dor rápida e latejante poderá ser sentida no local da punção. ✓ Após aplicar pressão sobre o local da punção por um período de 3 a 5 minutos, depois de verificar que o sangramento cessou, faça um curativo com gaze firmemente fixada sobre o local puncionado. ✓ Se o local puncionado for no membro superior, não prenda fita adesiva em toda a circunferência do braço. Isso pode restringir ou interromper a perfusão sanguínea. ✓ Se o paciente está em uso de anticoagulantes ou possui alguma coagulopatia, aplique pressão no local de punção por mais de 5 minutos, caso seja necessário. ✓ Caso o paciente esteja em oxigenoterapia, anote o fluxo de oxigênio e o modo de oxigenoterapia/ventilação. ✓ Monitore os sinais vitais e observe se existem sinais de prejuízo circulatório.

POP 045 - COLETA PARA EXAME DE ESCARRO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O exame de escarro detecta bactérias ou fungos que podem causar infecções nos pulmões ou vias respiratórias. A expectoração é um líquido espesso produzido nos pulmões e vias respiratórias que é eliminada pela tosse. O tipo de bactéria ou fungo será identificado com um microscópio ou por análises químicas.
RECURSOS	1. Frasco próprio (coletor estéril); 2. Luvas de procedimento; 3. Máscara facial.
MÉTODO	1. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 2. Realizar ou solicitar que o paciente faça higiene oral com água morna; 3. Solicitar para o paciente tossir e escarrar no frasco previamente identificado com: nome do paciente, data, horário da coleta, número de quarto e leito; 4. Encaminhar a amostra para o laboratório imediatamente; 5. Lavar as mãos; 6. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.
OBSERVAÇÕES	✓ O pedido de exame de escarro deverá ser coletado com o paciente em jejum.

POP 046 - COLETA PARA EXAME DE URINA I	
AGENTE S	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O exame de urina é usado para diagnóstico e monitoramento de doenças renais e do trato urinário, doenças sistêmicas ou metabólicas, doenças hepáticas e biliares, desordens hemolíticas.
RECURSOS	1. Cuba rim; 2. Recipiente para coleta.
MÉTODO	➤ Paciente consciente: próprio paciente faz a coleta: 1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material e colocá-lo na mesa de cabeceira do paciente; 3. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente; 4. Solicitar ao paciente para executar a higiene dos genitais, usando água e sabão neutro, enxugar com gaze ou compressa; 5. Orientar para que despreze o primeiro jato urinário no vaso sanitário e, a seguir, colher a urina restante no frasco coletor; previamente identificado e etiquetado com nome do paciente; 6. Retirar as luvas; 7. Encaminhar a urina ao laboratório; 8. Lavar as mãos; 9. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames. ➤ Paciente debilitado: coleta pela equipe de Enfermagem ✓ Coleta masculina: 1. Expor a glândula e lavá-la com água e sabão (não usar antisséptico); 2. Enxugar com toalha de pano limpa, papel descartável ou uma gaze; 3. Com uma das mãos, expor e manter retraído o prepúcio; 4. Com a outra mão segurar o frasco de coleta destampado e identificado; 5. Desprezar no vaso sanitário o primeiro jato urinário; 6. Sem interromper a micção, posicionar o jato diretamente no frasco de coleta até completar 20 a 50ml; 7. Desprezar o restante da urina existente na bexiga no vaso sanitário e fechar o frasco de urina; 8. Retirar as luvas; 9. Encaminhar a urina ao laboratório;

	10. Lavar as mãos; 11. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames. ✓ Coleta feminina: 1. Lavar a região vaginal, de frente para trás, com água e sabão (não usar antisséptico); 2. Enxugar com toalha de pano limpa, papel descartável ou uma gaze; 3. Sentar no vaso sanitário e abrir as pernas; 4. Com uma das mãos afastar os grandes lábios; 5. Com a outra mão, segurar o frasco de coleta destampado e identificado; 6. Desprezar no vaso sanitário o primeiro jato urinário; 12. Sem interromper a micção, posicionar diretamente o frasco de coleta na direção do meato urinário até completar 20 a 50ml; 13. Desprezar o restante da urina existente na bexiga no vaso sanitário e fechar o frasco de urina. 7. Retirar as luvas; 8. Encaminhar a urina ao laboratório; 9. Lavar as mãos; 10. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.
OBSERVAÇÕES	✓ Excetuando os casos de urgência, a urina deve ser coletada 3 a 5 dias após o término do sangramento (menstruação).

POP 047 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS (CLEARANCE DE CREATININA)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na análise da urina para avaliar o funcionamento dos rins e investigar algumas alterações urinárias. Através dos resultados da urina de 24 horas é possível definir a taxa de filtração de sangue pelos rins, chamada de taxa de filtração glomerular, pesquisar a presença de proteínas na urina e identificar as concentrações na urina de vários sais minerais, entre eles Sódio, Potássio, Cálcio e Fósforo.
RECURSOS	1. Frasco de 1000ml;

	2. Cuba rim; 3. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material, identificando os recipientes com nome do paciente, leito, quarto, data, hora do início e término da coleta; 3. Orientar o paciente sobre a necessidade da realização do exame; 4. Orientar o paciente para desprezar no vaso sanitário a primeira micção da manhã e a seguir iniciar a coleta da urina em cuba rim ou frasco próprio, até completar 24 horas, inclusive a urina do horário em que foi desprezada a primeira urina da manhã anterior; 5. Encaminhar os frascos com o material após 24 horas para o laboratório juntamente com o peso e altura do paciente; 6. Avisar o laboratório para colher amostra de sangue; 7. Lavar as mãos; 8. Anotar no prontuário do paciente a quantidade e característica da urina encaminhada e anotar também no caderno de controle de exames.
OBSERVAÇÕES	✓ Durante as 24 horas de coleta, a ingestão de líquidos deve ser habitual. ✓ Todo volume urinário coletado nas 24 horas deverá ser trazido imediatamente ao laboratório após a coleta. ✓ Se durante a jornada de 24 horas o paciente urinar no vaso sanitário, terá que começar tudo de novo no dia seguinte. ✓ Não colocar a urina em frasco de refrigerante ou água sanitária. ✓ Em pacientes masculinos, orientar para urinar diretamente no frasco.

POP 048 - PREPARO DE PACIENTES INTERNADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a realização de procedimentos que favoreçam a execução do exame e que proporcionem resultado satisfatório e fidedigno para a devida intervenção na clínica do paciente. Tem o objetivo de preparar o paciente de forma segura e adequada para a rápida realização dos exames.
RECURSOS	1. Cadeira de rodas; 2. Maca com grades; 3. Lençol; 4. Prontuário do paciente; 5. Impresso do pedido de exame; 6. Álcool 70%.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Acompanhar o paciente até o local do exame, se fora da unidade. Ao Enfermeiro compete: 1. Avaliar o risco de remoção da unidade; 2. Confirmar se realizado preparo para exame; 3. Orientar a equipe de enfermagem quanto à remoção adequada de acordo com o exame e o estado físico do paciente; 4. Conferir preenchimento adequado do impresso de exame; 5. Solicitar realização do exame no leito do paciente ao setor responsável; 6. Confirmar com o setor responsável para encaminhar o paciente até o local da execução do exame. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Orientar o paciente e o acompanhante sobre o transporte; 2. Colocar o paciente em cadeira de rodas ou em maca, de acordo com orientação do Enfermeiro; 3. Posicionar o paciente de forma segura; 4. Elevar grades da maca e cobrir o paciente com lençol; 5. Levar o prontuário e o pedido de solicitação do exame;

	6. Encaminhar o paciente para o exame com o devido preparo realizado; 7. Trazer o paciente de volta ao leito, posicionando-o de forma confortável; 8. Manter unidade do paciente em ordem; 9. Devolver o prontuário ao Enfermeiro; 10. Guardar maca ou cadeira de rodas na rouparia, higienizando-a após o uso com álcool 70%; 11. Realizar as anotações de enfermagem, registrando horário de partida e chegada à unidade e intercorrências quando houver.
OBSERV AÇÕES	✓ Realizar o preparo adequado conforme orientação do Enfermeiro; ✓ Evitar exposição do paciente; ✓ Posicionar o paciente de forma segura e confortável; ✓ Encaminhar o paciente no horário previsto. ✓ Auxiliar de imediato e comunicar ao Enfermeiro se queda da maca ou cadeira de rodas. ✓ Comunicar ao Médico e Enfermeiro para conduta adequada se intercorrência com estado clínico do paciente.

POP 049 - TRICOTOMIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Raspagem dos pelos da pele. É feita com a finalidade de facilitar a limpeza e desinfecção da pele.
RECURSOS	1. Gazes limpas; 2. Cuba rim ou redonda; 3. Sabonete ou sabão líquido; 4. Aparelho para tricotomia tipo descartável; 5. Luvas de procedimento; 6. Saco plástico.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente; 3. Isolar o paciente com biombos; 4. Expor o local onde foi feita a tricotomia; 5. Cobrir o paciente deixando exposto apenas o local a ser tricotomizado; 6. Calçar as luvas; 7. Molhar a gaze no sabão; 8. Ensaboar a região por onde se inicia a tricotomia; 9. Caso haja pelos grandes, cortá-los primeiramente com a tesoura; 10. Tracionar a pele da região a ser tricotomizada com auxílio da gaze; 11. Iniciar a tricotomia em direção ao crescimento do pelo; 12. Evitar ranhaduras e solução de continuidade na pele; 13. Retirar os pelos do aparelho com gaze; 14. Jogar a gaze no lixo próprio; 15. Ensaboar outra área e repetir a técnica; 16. Verificar ao término, se toda a região foi tricotomizada; 17. Encaminhar o paciente para o banho; 18. Colocar a unidade em ordem; 19. Lavar as mãos; 20. Anotar no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ No caso de cirurgias programadas a tricotomia deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia e só quando realmente necessária. ✓ Áreas de tricotomia:

	• Cirurgia de crânio: todo o couro cabeludo ou conforme prescrição médica; • Cirurgias torácicas: região torácica até umbigo e axilas; • Cirurgia cardíaca: toda extensão corporal (face anterior e posterior), menos o couro cabeludo; • Cirurgia abdominal: desde a região mamária até o púbis; • Cirurgia dos rins: região abdominal anterior e posterior; • Cirurgia de membros inferiores: todo o membro inferior e púbis. ✓ Calçar luvas, como meio de proteção pessoal, em todas as tricotomias. ✓ Usar tesoura para cortar pelos mais longos e cabelos, sempre que for necessário e retirá-los com papel toalha; ✓ O pelo deve ser raspado delicadamente no sentido do crescimento do mesmo, para evitar lesão na pele e foliculite; ✓ A pele deve ser esticada para facilitar o deslizamento do aparelho e evitar lesão; ✓ Realizar degermação na área tricotomizada.
--	---

POP 050 - APLICAÇÃO DE CALOR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Na aplicação de calor utiliza-se a bolsa de água quente, conhecida também como termoterapia que é o tratamento baseado no uso de meios físicos como as bolsas quentes. Tem o objetivo de diminuir o edema, aliviar a dor, facilitar a flexão em articulações e músculos contraídos.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Bolsa de borracha; 3. Toalha ou fronha; 4. Recipiente com água quente (temperatura de 43° a 46°C).
MÉTODO	1. Reunir todo material necessário; 2. Higienizar as mãos; 3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 4. Segurar a bolsa na posição vertical, enchendo-a com água quente, até 1/3 para abdome e até 2/3 da sua capacidade para pés, mãos ou outro local; 5. Retirar o ar, colocando a bolsa horizontalmente sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura; 6. Fechar e enxugar a bolsa, verificando vazamentos; 7. Envolver a bolsa com uma toalha e testar no seu próprio antebraço a temperatura adequada; 8. Aplicar no local desejado por 20 a 30 minutos; 9. Observar a pele do paciente sob o local de 10 em 10 minutos; 10. Substituir a água da bolsa, quando necessário; 11. Terminada a aplicação, retirar a bolsa e manter a região agasalhada para evitar corrente de ar; 12. Higienizar as mãos; 13. Recompôr a unidade; 14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ É importante verificar a integridade da bolsa térmica antes de seu uso, como as condições da tampa e da vedação. ✓ Não é indicado aplicação de calor em pacientes com patologias vasculares (ex: isquemia).

	✓ Não coloque diretamente sobre a ferida aberta. ✓ Nunca colocar bolsa térmica com água quente debaixo do paciente para evitar compressão excessiva da mesma, pois resulta em vazamento e queimaduras ao paciente. ✓ Não realizar a técnica em pacientes que apresentem reação inflamatória aguda, pois a terapia de calor pode aumentar a hiperemia, edema, dor e acelerar a formação de abscesso. ✓ Qualquer sinal de queimadura ou maceração da pele suspender aplicação da bolsa quente e comunicar ao Enfermeiro.
--	--

POP 051 - APLICAÇÃO DE FRIO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A Termoterapia é o tratamento baseado no uso de meios físicos como as bolsas geladas. Tem o objetivo de manutenção de uma área resfriada por 20 minutos visando abaixar a febre e edema nas contusões e luxações, aliviar dor, prevenção e tratamento da mama ingurgitada, controlar hemorragias e evitar formação de bolhas em queimaduras.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Recipiente com gelo picado; 3. Bolsa de borracha para gelo ou bolsa de gel gelado; 4. Toalha ou fronha; 5. Impermeável; 6. Pares de luvas de procedimento, se necessário; 7. Biombo, se necessário.
MÉTODO	1. Verificar a prescrição do Enfermeiro; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e ao acompanhante; 3. Identificar o local da aplicação; 4. Higienizar as mãos; 5. Reunir todo o material necessário e prepará-lo; 6. Testar as condições da bolsa; 7. Colocar gelo picado na bolsa até no máximo 1/3 de sua capacidade; 8. Retirar a maior quantidade de ar possível da bolsa; 9. Fechar e enxugar a bolsa, certificando de não haver vazamento; 10. Envolver a bolsa com uma toalha ou fronha; 11. Calçar luvas de procedimento; 12. Colocar a bolsa no local identificado de 15 a 20 minutos, aguardar 30 minutos e repetir quando indicado; 13. Observar de 10 em 10 minutos a pele do paciente sob o local, especialmente em pacientes inconscientes e crianças; 14. Substituir o gelo e a toalha quando o mesmo derreter; 15. Retirar a bolsa após o término da aplicação; 16. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade e ordem; 17. Retirar luvas de procedimento;

	18. Esvaziar a bolsa, lavá-la externamente com água e sabão e deixá-la secar enchendo-a de ar; 19. Higienizar as mãos; 20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Em pacientes idosos, inconscientes, desnutridos e crianças, tomar cuidado quanto ao limite da temperatura, devido à maior sensibilidade da pele. ✓ Não fazer aplicação de bolsa de gelo além de 20 minutos, devido ao risco de queimadura, podendo ser repetido este procedimento após 30 minutos, dependendo do local da lesão. ✓ A terapia de frio pode aumentar cólicas peristálticas e apresentar queimaduras de pele, caso ocorra comunicar ao Enfermeiro; ✓ Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração da pele e queixas do paciente, suspender o procedimento e comunicar ao Enfermeiro.

POP 052 - REALIZAÇÃO DE BANHO DE ASPERSÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Procedimento realizado quando o paciente é encaminhado ao banho no chuveiro com o auxílio da enfermagem. Tem o objetivo de proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a integridade cutânea.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Sabonete; 3. Toalha; 4. Cadeira higiênica; 5. Xampu e condicionador; 6. Escova de dente e creme dental; 7. Toalha de piso; 8. Lençol; 9. Lençol móvel, se necessário; 10. Compressa; 11. Álcool 70%; 12. Hamper;
MÉTODO	➤ Banho de aspersão em pacientes semi dependentes: 1. Higienizar as mãos; 2. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente; 3. Orientar quanto ao procedimento que será realizado; 4. Fechar as portas e janelas; 5. Calçar as luvas; 6. Colocar o paciente na cadeira higiênica, se necessário; 7. Ligar o chuveiro e controlar a temperatura da água; 8. Auxiliar o paciente a despir-se, se necessário; 9. Ajudar o paciente a ensaboar-se, se necessário; 10. Oferecer a lavagem do couro cabeludo; 11. Oferecer material para higiene oral: escova e creme dental; 12. Remover toda a espuma com o chuveirinho; 13. Auxiliar o paciente a se secar, se necessário; 14. Retirar as luvas, realizar a lavagem das mãos e calçar novo par de luvas; 15. Acompanhá-lo até o leito;

	16. Auxiliar o paciente a se vestir; 17. Retirar os lençóis da cama colocando-os no hamper e encaminhar ao expurgo; 18. Realizar limpeza concorrente com compressa e álcool 70%; 19. Realizar a troca de roupa de cama; 20. Auxiliar o paciente a deitar-se no leito, deixando-o em uma posição confortável; 21. Manter o ambiente em ordem; 22. Retirar as luvas e desprezá-las no saco de lixo apropriado; 23. Higienizar as mãos; 24. Realizar as anotações de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000). ➤ Banho de aspersão em pacientes independentes: 1. Entregar roupas e produtos de higiene para os pacientes independentes; 2. Entregar Clorexidina Degermante 4% em caso de pacientes em precaução de contato.
OBSERVAÇÕES	✓ Avaliar a temperatura da água. ✓ Avaliar integridade cutânea. ✓ Avaliar a segurança do ambiente. ✓ Se Hipotensão postural, retornar ao leito elevando os membros inferiores se não houver restrições e informar ao Enfermeiro e o Médico. ✓ Se queimadura; desligar o chuveiro, comunicar ao Enfermeiro para exame físico e chamar o Médico; ✓ Se choque térmico; desligar o chuveiro, comunicar ao Enfermeiro para exame físico e chamar o Médico.

POP 053 - REALIZAÇÃO DE BANHO NO LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O banho é uma parte do cuidado de higiene, com fins terapêuticos e de limpeza para proporcionar bem-estar e higiene, estimular a circulação, promover exercícios ativos/passivos, viabilizar a inspeção corporal. Tem o objetivo de orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados prestados durante o banho do paciente, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto.
RECURSOS	1. Luvas de procedimentos; 2. Biombos (se necessário); 3. Hamper; 4. Água; 5. Bacias (em caso de banho no leito); 6. Clorexidina Degermante 4% e/ou sabonetes líquidos; 7. Xampu (quando necessário); 8. Luvas de banho/pano; 9. Gazes; 10. Toalhas; 11. Cremes hidratantes; 12. Roupas de camas; 13. Roupas para o paciente vestir; 14. Fralda descartável (se necessário); 15. Travesseiros e/ou coxins; 16. Protetores de calcâneos (se necessário); 17. Escova de cabelo/pente; 18. Absorvente higiênico em caso de paciente feminino.
MÉTODO	➤ Banho no leito nos pacientes dependentes 1. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos; 2. Explicar ao paciente o que será feito; 3. Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito; 4. Fechar as portas e janelas; 5. Proteger a unidade do paciente com biombos;

6. Desprender a roupa de cama, iniciando ao lado oposto onde permanecer;
7. Fazer higiene oral do paciente e lavar a cabeça, se necessário;
8. Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça;
9. Lavar os olhos, limpando o canto interno para o externo, usando gaze;
10. Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;
11. Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol;
12. Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;
13. Trocar a água;
14. Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimento circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;
15. Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, até a região genital;
16. Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;
17. Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nos interdígitos, observando condições dos mesmos e enxugar bem;
18. Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente;
19. Fazer higiene íntima do paciente, de acordo com a técnica;
20. Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia;
21. Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo a posição com o auxílio de outra pessoa;
22. Lavar e enxugar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;
23. Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão;
24. Trocar de luvas;
25. Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral;
26. Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;

	27. Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper; 28. Terminar a arrumação do leito; 29. Hidratar a pele do paciente; 30. Vestir o paciente; 31. Pentear os cabelos do paciente; 32. Utilizar travesseiros e/ou coxins para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado; 33. Colocar protetores de calcâneos; 34. Recompôr a unidade do paciente, colocando tudo no lugar; 35. Retirar as luvas e lavar as mãos; 36. Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.
OBSERVAÇÕES	✓ A higiene e conforto do paciente ficam a cargo da equipe de Enfermagem. ✓ Realizar o banho conforme divisão de tarefas. ✓ Explicar sempre ao paciente o que será feito. ✓ Ao lidar com o paciente de maneira direta, é imprescindível o uso de luvas. ✓ Utilizar Clorexidina Degermante para o banho, como também o uso de avental e EPIs em pacientes com precaução de contato. ✓ Caso ocorra divisão de banheiro com outro paciente que não tenha precaução de contato, encaminhar este primeiro para a higiene, pois depois do banho de um paciente com precaução de contato obrigatoriamente é necessário a limpeza do banheiro pela equipe de limpeza. ✓ Cuidar durante o banho para não expor desnecessariamente o paciente. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente. ✓ Encaminhar os pacientes para banho de aspersão em cadeira para um banho de auxílio. ✓ Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras. ✓ As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho. ✓ Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do paciente (água morna). ✓ Proteger as incisões com filme plástico.

	✓ Encaminhar o material utilizado ao expurgo para a lavação e armazenamento pelo pessoal da limpeza.
--	--

POP 054 - MASSAGEM DE CONFORTO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

6/2/20

CONCEITO	É o ato de massagear de forma sistemática os tecidos do corpo, geralmente na região dorsal, com movimentos de deslizamento leve e pesado, amassando e friccionando. Tem o objetivo de estimular a circulação; proporcionar relaxamento muscular, conforto e bem-estar e prevenir úlceras por pressão.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Toalha; 3. Creme hidratante.
MÉTODO	1. Verificar o produto a ser utilizado; 2. Orientar paciente e acompanhantes para obter sua cooperação; 3. Lavar as mãos; 4. Reunir o material necessário; 5. Abaixar a cabeceira do leito e colocar o paciente em decúbito lateral D (direito), E (esquerdo) ou ventral; 6. Soltar a camisola, descobrir a região dorsal até as nádegas; 7. Dispor a toalha no sentido longitudinal junto ao paciente; 8. Colocar pequena quantidade de creme na palma da mão e espalhar, friccionando uma na outra; 9. Iniciar o deslizamento, na região dorsal inferior e central, coluna vertebral, ombros até o deltoide, retornar pela superfície lateral; 10. Repetir a massagem do outro lado; 11. Manter sempre as mãos sobre a pele do paciente e fazer deslizamentos leves; 12. Recompôr a vestimenta e retirar a toalha; 13. Colocar o paciente em posição confortável; 14. Anotar o procedimento observando quanto ao aspecto da pele, e checar a prescrição de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	✓ Realizar massagem de conforto a cada 2 horas, junto com a mudança de decúbito ou sempre que necessário.

Am

POP 055 - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Mudança de decúbito é o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitação física. Tem o objetivo de promover o conforto, prevenir úlceras por pressão com alívio da pressão localizada, melhorar a mobilidade, a percepção sensorial, a perfusão e minimizar as forças de atrito, cisalhamento e superfícies secas em contato com a pele.
RECURSOS	1. Travesseiros; 2. Coxins; 3. Colchões; 4. Almofadas; 5. Luvas de procedimento, se necessário.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 1. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será movimentado, sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados; 2. Planejar o procedimento; 3. Orientar a equipe na realização da mudança de decúbito a cada 2 horas; 4. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: ➤ Cabeceira: 1. Ao posicionar o paciente na cabeceira da cama, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deverá flexionar os joelhos do paciente; colocar um braço sob os ombros, apoiando a cabeça, e o outro sob a região lombar; a um comando, ambos os técnicos de enfermagem elevam e movimentam o paciente em direção à cabeceira; 2. Anotar o procedimento realizado e as observações. ➤ Decúbito lateral: 1. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado; 2. Higienização das mãos; 3. Colocar o paciente na lateral do leito e virá-lo de lado;

4. Para mover um paciente imóvel, é necessário flexionar os joelhos de forma que não fiquem próximos ao colchão;
5. Colocar uma mão sobre os quadris do paciente e a outra mão nos ombros;
6. Virar o paciente para o lado;
7. Colocar um travesseiro sob a cabeça e pescoço do paciente;
8. Colocar os braços em posição ligeiramente flexionados. O braço posterior deve apoiar sobre um travesseiro ao nível do ombro e o braço anterior deve ser apoiado no colchão;
9. Colocar um apoio sob o dorso do paciente;
10. Colocar um travesseiro entre as pernas semiflexionadas na altura dos quadris;
11. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito ventral:**

1. Rolar o paciente sobre o braço próximo ao seu corpo com o cotovelo esticado e a mão sob os quadris. Posicionar o abdome no centro do leito;
2. Posicionar a cabeça do paciente para um dos lados e colocar sob a cabeça um travesseiro pequeno;
3. Colocar um travesseiro pequeno sob o abdome do paciente, abaixo do nível do diafragma;
4. Apoiar os braços em flexão ao nível dos ombros;
5. Apoiar a parte anterior das pernas com um travesseiro para elevar os dedos;
6. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito dorsal:**

1. Colocar o paciente de costas, com a cabeceira do leito na posição horizontal;
2. Manter a cabeça alinhada com a cabeceira e com a coluna vertebral, utilizando um travesseiro sob a cabeça e o pescoço;
3. Estender discretamente os membros superiores ao nível dos cotovelos, colocar travesseiros sob os antebraços pronados;
4. Flexionar os membros inferiores, colocar um coxim sob os joelhos;
5. Colocar um pequeno travesseiro ou coxim sob os tornozelos para elevar os calcanhares;

	6. Colocar um suporte para os pés ou travesseiro macio sob a planta dos pés do paciente; 7. Deixar o paciente confortável; 8. Deixar o ambiente em ordem; 9. Anotar o procedimento realizado e as observações.
OBSERVAÇÕES	✓ Planejar o procedimento antes de executá-lo. ✓ Quando fizer força para levantar o paciente, flexione os quadris, com isto, os músculos da coxa e do tronco entram em função, ao invés de sacrificar os músculos da coluna. ✓ Mantenha as mãos sempre secas e aquecidas. ✓ Nunca movimente sozinho um paciente obeso ou com dependência total. ✓ Prestar atenção quando o paciente estiver com infusão venosa. ✓ Para prevenir o pé equino, manter os calcanhares livres, colocar um coxim sob as pernas e um suporte para a região plantar. ✓ Para evitar lesão de pele, fazer proteção de saliência óssea. ✓ Em caso de impedimento à mudança de posição do paciente pedir a reavaliação do mesmo pelo Enfermeiro; ✓ Ao posicionar o paciente tomar cuidados para não tracionar drenos, sondas e catéteres, circuito de respiradores e, caso ocorra, comunicar ao Enfermeiro.
POP 056 - UTILIZAÇÃO DE COMADRE E COMPADRE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Comadre e compadre são utensílios utilizados para eliminação de diurese e evacuação. Tem o objetivo de proporcionar ao paciente acamado, meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação e facilitar o controle das excretas.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Comadre ou compadre; 3. Bacia com água morna e sabonete; 4. Papel higiênico; 5. Toalha; 6. Biombo; 7. Saco plástico.

MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material e encaminhar ao quarto do paciente; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Manter a privacidade do paciente com o uso de biombo; 5. Calçar as luvas; 6. Solicitar ao paciente para flexionar as pernas e elevar o quadril, se não houver restrição; 7. Se impossibilitado, com a ajuda de outro Técnico, lateralizar o paciente, facilitando o encaixe; 8. Encaixar a comadre embaixo das nádegas do paciente, deixando um espaço entre os membros inferiores cobrindo com o lençol; 9. Se utilizar o compadre, colocar o pênis dentro do recipiente; 10. Oferecer o papel higiênico; 11. Após o término, retirar a comadre ou compadre e desprezar no vaso sanitário as excretas; 12. Realizar a higiene íntima; 13. Oferecer a bacia com água morna, sabonete e toalha para a higiene das mãos; 14. Colocar a comadre ou o compadre em um saco plástico e levar ao expurgo para posterior limpeza, após limpeza identificar com data da higienização; 15. Retirar as luvas e jogar no lixo; 16. Lavar as mãos; 17. Realizar as anotações de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	✓ Observar quantidade, aspecto e coloração da eliminação vesical e intestinal. ✓ Se o paciente não conseguir eliminar as excretas, devido posição ou anestesia, comunicar ao Enfermeiro e ao Médico para possível intervenção e prescrição médica de passagem de sonda vesical de alívio, lavagem intestinal, uso de diuréticos e laxativos.

POP 057 - OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na administração de Oxigênio numa concentração de pressão superior a encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de Oxigênio ou Hipóxia. Tem o objetivo de promover a oxigenação e umidificar secreções, facilitando a expectoração e melhorando a ventilação.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Catéter de oxigênio de tamanho adequado; 3. Umidificador com extensão; 4. Água destilada; 5. Fluxômetro.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Reunir todo o material e levar à cabeceira do paciente; 3. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 4. Levantar a cabeceira do paciente (de 30° a 45°); 5. Instalar o umidificador com água destilada até 2/3 da sua capacidade e adaptá-lo ao fluxômetro; 6. Conectar o catéter ao fio da extensão; 7. Introduzir o catéter na narina e adaptá-lo atrás do pavilhão auricular do paciente; 8. Regular o fluxômetro 1 a 6l/min, conforme a prescrição médica; 9. Observar reações do paciente; 10. Higienizar as mãos; 11. Realizar anotação de Enfermagem, com hora, quantidade de l/min., assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Atentar para os seguintes sinais: • Nível de consciência; • Frequência e padrão respiratório; • Perfusão periférica; • Saturação de Oxigênio; • Frequência cardíaca e pressão arterial. • Informar alterações ao Médico/Enfermeiro.

	✓ Fazer revezamento nas narinas, se em uso de catéter simples. ✓ O frasco/extensão quando utilizado com água, deve ser trocado sempre que apresentar sujidade. ✓ A Oxigenoterapia excessiva pode reduzir o estímulo respiratório do paciente por diminuição de Dióxido de Carbono.
--	--

POP 058 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
AGENTES	Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na administração de Oxigênio numa concentração de pressão superior a encontrada na ambiental para corrigir e atenuar deficiência de Oxigênio ou hipóxia. Tem o objetivo de favorecer concentração precisa de Oxigênio e permitir fluxo constante de ar ambiente misturado ao fluxo fixo de Oxigênio.
RECURSOS	1. Fluxômetro; 2. Umidificador com água destilada; 3. Extensão; 4. Máscara de Venturi adequada ao tamanho do paciente.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-la sobre a Mesa de cabeceira do paciente; 3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 4. Elevar a cabeceira (de 30° a 45°); 5. Adaptar o fluxômetro ao Oxigênio; 6. Adaptar a válvula de concentração de Oxigênio da máscara de venturi e regular o fluxo, conforme prescrição médica; 7. Fixar a máscara adequadamente para evitar perda de Oxigênio; 8. Higienizar as mãos; 9. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

OBSERVAÇÕES		
Dispositivo de Oxigenoterapia	FIO₂ ofertada e fluxos	Principais Indicações
Catéter nasal de O₂	Cada l/min aumenta em 3 a 4% a FIO ₂ Ex.: 3l/min, FIO ₂ de 30 a 34% Uso de baixos fluxos, máximo de 5l/min	Casos menos graves Qualquer IRespA sem shunt como mecanismo predominante
Máscara facial de venturi	Mistura ar-oxigênio FIO ₂ precisa (24 a 50%) Uso de altos fluxos	Necessidade de precisão da titulação da FIO ₂ Exacerbação de DPOC ou IRespA mista
Máscara facial de aerossol	Combinações variáveis de O ₂ e fluxos moderados	Qualquer IRespA hipoxêmica não refratária a O ₂
Máscara facial com reservatório	Alta concentração (90 a 100%) de O ₂ e altos fluxos	IRA hipoxêmica com procedimento de shunt (SDRA, Pneumonia grave)

km

POP 059 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), Técnicos de Enfermagem (pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, desde que avaliados e prescrito pelo enfermeiro)
CONCEITO	É um procedimento que envolve a remoção de secreções da traqueia e dos brônquios por meio de sonda inserida na boca, nariz ou orifício traqueal para manter a permeabilidade das vias aéreas e melhorar a eficiência ventilatória.
RECURSOS	1. Rede de vácuo ou aspirador manual montado com frasco coletor de secreções e extensão; 2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; 3. Sonda de aspiração traqueal estéril nº 12, 14 ou 16 (adulto) e nº 8 ou 10 (criança); 4. Compressa gaze estéril; 5. Luvas estéreis; 6. Máscara descartável; 7. Óculos protetor; 8. Avental descartável; 9. Estetoscópio.
MÉTODO	1. Checar montagem de material necessário; 2. Orientar o paciente, se consciente, sobre o procedimento a ser realizado; 3. Lavar as mãos; 4. Colocar a máscara e o avental descartáveis e óculos protetor; 5. Conectar o frasco de aspiração ao manômetro na saída do sistema de vácuo centralizado; 6. Colocar água (não estéril) no copo descartável para lavar o sistema; 7. Conectar uma extensão ao frasco de aspiração; 8. Abrir a sonda de aspiração pela extremidade da embalagem, na parte próxima ao orifício do conector "Y" e conectá-la à extensão do frasco de aspiração; manter o restante da sonda dentro do invólucro. 9. Abrir vácuo centralizado; 10. Calçar luvas estéreis; 11. Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la, segurando-a com

	a mão dominante; 12. Afastar a nebulização caso o paciente esteja fazendo uso, com a mão não-dominante; 13. Introduzir a sonda nas vias aéreas, sem ocluir o orifício do “Y”; 14. Ocluir o orifício do “Y” com o polegar da mão não-dominante após a introdução da sonda; 15. Retirar a sonda fazendo movimentos rotatórios suaves; 16. Repetir os itens 13, 14 e 15 quantas vezes forem necessárias; 17. Oxigenar o paciente, quando necessário; 18. Realizar aspiração oral; 19. Desconectar e desprezar a sonda de aspiração e a luva da mão dominante no lixo infectante; 20. Manter o vácuo aberto e, ao término do procedimento, ou quando cheio de secreção, aspirar a água do copo para realizar a limpeza do circuito; 21. Recolher o material; 22. Retirar as luvas; 23. Lavar as mãos; 24. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 25. Manter a sala em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Nunca aspirar a cavidade oral e/ou nasal e retornar à traqueia. ✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto são, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias. ✓ A aspiração deve ser realizada antes da administração da dieta gástrica/enteral ou no mínimo 1 hora após. ✓ Em situações de emergência ou quando o paciente estiver recebendo infusão enteral contínua, suspender a dieta durante o procedimento. ✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento. ✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento, (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando

	necessário. ✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração pelo Enfermeiro/Fisioterapeuta.
--	--

POP 060 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA ABERTO	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros
CONCEITO	O sistema aberto é a forma mais comum e conhecida de aspiração endotraqueal; este método necessita de desconexão do paciente da ventilação mecânica para realização do procedimento de aspiração de forma asséptica, com a introdução de sonda de aspiração estéril a qual irá sugar as secreções acumuladas no tubo endotraqueal.
RECURSOS	1. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor de secreções e extensão; 2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; 3. Ressuscitador manual (Ambu); 4. Luvas estéreis; 5. Sonda de aspiração; 6. Máscara descartável; 7. Óculos protetor; 8. Avental descartável; 9. Estetoscópio.
MÉTODO	1. Checar montagem de material necessário; 2. Avaliar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente; 3. Colocar máscara descartável e óculos de proteção; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar a máscara e o avental descartáveis e óculos protetor; 6. Calçar luvas estéreis; 7. Conectar o frasco de aspiração ao manômetro na saída do sistema de vácuo centralizado; 8. Colocar água (não estéril) no copo descartável para lavar o sistema; 9. Conectar uma extensão ao frasco de aspiração; 10. Abrir a sonda de aspiração pela extremidade da embalagem, na parte próxima ao orifício do conector "Y" e conectá-la à extensão do frasco de aspiração; manter o restante da sonda dentro do invólucro. 11. Abrir vácuo centralizado; 12. Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la, segurando-a com a mão dominante; 13. Desconectar o aparelho de ventilação ou afastar a nebulização, caso o paciente esteja fazendo uso, com a mão não-

	dominante; 14. Introduzir a sonda no tubo orotraqueal/ nasotraqueal; 15. Ocluir o orifício do “Y” com o polegar da mão não-dominante após a introdução da sonda; 16. Retirar a sonda fazendo movimentos rotatórios suaves; 17. Repetir os itens 14, 15 e 16 quantas vezes forem necessárias; 18. Oxigenar o paciente, quando necessário; 19. Realizar aspiração oral; 20. Desconectar e desprezar a sonda de aspiração e a luva da mão dominante no lixo infectante; 21. Manter o vácuo aberto e, ao término do procedimento, ou quando estiver com secreção no circuito, aspirar a água do copo para realizar a limpeza do circuito; 22. Recolher o material; 23. Retirar as luvas; 24. Lavar as mãos; 25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 26. Manter a sala em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Nunca aspirar a cavidade oral e/ou nasal e retornar à traqueia. ✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto são, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias aéreas – secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar ou padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela dos ventiladores que possuem monitorização dos parâmetros por gráficos. ✓ A aspiração deve ser realizada antes da administração da dieta gástrica/enteral ou no mínimo 1 hora após. Em situações de emergência ou quando o paciente estiver recebendo infusão enteral contínua, suspender a dieta durante o procedimento. ✓ As válvulas de aspiração devem ser testadas 1 vez no início de cada turno. ✓ Em pacientes com parâmetros do ventilador pulmonar mecânico elevados ou edema cerebral, a aspiração deve ser feita somente após a avaliação do Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Médico. ✓ Avaliar a necessidade de sedação do paciente antes da aspiração,

	junto à equipe médica. ✓ Não recomendar a instilação de soro fisiológico rotineira, pois este procedimento pode provocar hipóxia e infecções. Fluidificar as secreções espessas ou tampão com 0,2 a 1ml conforme tamanho do tubo; ✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento. ✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento, (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário. ✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração ao Enfermeiro/Fisioterapeuta/Médico.
--	---

POP 061 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA FECHADO

AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), Técnicos de Enfermagem (pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência a definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro)
CONCEITO	É um procedimento que envolve a remoção de secreções da traqueia e dos brônquios por meio de sistema fechado de aspiração (Trach-care) com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas; prevenir complicações respiratórias por acúmulo de secreções. Indicações: • Peep > 10 cm H₂O e/ou FiO₂ > 60%; • Precauções por aerossóis (tuberculose, varicela, sarampo e H1N1); • Pacientes soropositivos para HIV; • Sangramento pulmonar ativo; • Elevada produção de secreção em vias aéreas; • Para proteção dos profissionais.
RECURSOS	1. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor para secreções e extensão; 2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; 3. Ressuscitador manual (AMBU); 4. Sonda de aspiração Trach-care; 5. Tubo de látex com cerca de 1,5 metros; 6. Compressa gaze estéril; 7. Luvas estéreis; 8. Máscara descartável; 9. Óculos protetor; 10. Avental descartável; 11. Estetoscópio.
MÉTODO	1. Checar montagem de material necessário; 2. Orientar o paciente (se consciente) sobre o procedimento a ser realizado; 3. Lavar as mãos; 4. Colocar máscara descartável e óculos de proteção;

	5. Calçar luvas estéreis; 6. Conectar o látex estéril ao aspirador; 7. Abrir o vácuo; 8. Destravar a válvula de sucção do Trach-care; 9. Testar a aspiração; 10. Conectar a seringa com água destilada no dispositivo de instilação; 11. Iniciar a aspiração; 12. Instilar 1ml de água destilada através do dispositivo; 13. Aguardar o ventilador mecânico ciclar; 14. Retirar o Trach-care até a marca indicada; 15. Lavar o Trach-care; 16. Retirar a seringa da via de instilação; 17. Travar a válvula de aspiração; 18. Retirar as luvas; 19. Lavar as mãos; 20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 21. Manter a sala em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto são, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias aéreas – secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar ou padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela dos ventiladores que possuem monitorização dos parâmetros por gráficos ✓ Em pacientes com parâmetros do ventilador pulmonar mecânico elevados ou edema cerebral, a aspiração deve ser feita somente após a avaliação do Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Médico; ✓ Ao abrir o vácuo, controlar a pressão exercida; ✓ Introduzir o Trach-care até a marca indicada, de acordo com seu número; ✓ A instilação de água destilada umidifica a secreção, facilitando a aspiração de rolhas; ✓ Anotar no prontuário: aspecto, cor e quantidade da secreção aspirada; ✓ Fluidificar as secreções espessas ou tampão com 0,2 a 1ml conforme tamanho do tubo, porém não recomendar a

	instilação de soro fisiológico rotineira, pois este procedimento pode provocar hipóxia e infecções . ✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento. ✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento ✓ (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário. ✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração pelo Enfermeiro/Fisioterapeuta.
--	--

POP 062 - ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMIA	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), Técnicos de Enfermagem (pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência a definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro)
CONCEITO	Método de higienização mecânica da traqueia com o objetivo de garantir ventilação e oxigenação adequada; prevenir complicações respiratórias por acúmulo de secreções; remover as secreções da traqueia.
RECURSOS	1. Gaze III; 2. Tubo de látex com cerca de 1,5 metros; 3. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor de secreções e extensão; 4. Sonda de aspiração ou sistema de aspiração fechado (Trach-care); 5. Luvas de procedimento; 6. Máscara, avental e óculos.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Preparar o material, levá-lo para a unidade e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente; 3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se consciente; 4. Colocar máscara, avental e óculos; 5. Calçar as luvas; 6. Adaptar à rede de vácuo o frasco do aspirador; 7. Conectar o látex estéril ao aspirador; 8. Abrir o vácuo; 9. Posicionar o paciente em decúbito elevado 30° a 45°; 10. Introduzir a sonda até 20 cm; 11. Aspirar o paciente com movimentos circulares não ultrapassando 10 segundos e descansar por 3 minutos entre uma e outra aspiração, para evitar hipóxia e arritmias; 12. Anotar no prontuário: aspecto, cor e quantidade da secreção aspirada. 13. Organizar o ambiente; 14. Repor o material utilizado;

	15. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Ao abrir o vácuo, controlar a pressão exercida; ✓ Introduzir o Trach-care OU sonda de aspiração até a marca indicada, de acordo com seu número; ✓ A instilação de AD umidifica a secreção, facilitando a aspiração de rolhas. ✓ Observar: contraindicações, sinais de déficit respiratório (dispneia, agitação, cianose labial e rubor facial).

POP 063 - MONTAGEM DE CAIXAS COM KITS PARA PROCEDIMENTOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A montagem de caixas contendo kits de procedimentos tem o objetivo de padronizar o atendimento ao paciente, otimizando e sistematizando o atendimento, proporcionando maior conforto, rapidez e segurança para paciente e equipe.
RECURSOS	• Kit de Entubação; • Kit de Intracath, Kit de Duplo Lúmen; • Kit de Drenagem Torácica; • Kit de Sondagem Vesical de Demora; • Kit de Sondagem Nasogástrica/ Nasoenteral;
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 1. Elaborar escala de revezamento para conferência e reposição dos kits de procedimentos e afixá-la em local visível, em tempo hábil; 2. Supervisionar cumprimento da escala de conferência dos kits; 3. Anotar no livro de ocorrências e passar no plantão as intercorrências relacionadas. 4. Checar no check-list anexado em planilha de checagem do carrinho de emergência. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Cumprir escala de conferência dos kits feita pelo Enfermeiro; 2. Conferir rotineiramente os kits, repor as faltas e comunicar eventuais problemas. 3. Repor o kit logo após o uso.
OBSERVAÇÕES	➤ 2 KITS PARA ENTUBAÇÃO: • Adulto - 1 cânulas orotraqueal nº 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5; • Infantil- 1 cânulas orotraqueal nº 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0; • Neonatal - 1 cânulas orotraqueal nº 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0; • Cânulas de Guedel nº 1, 2 e 3; • Ambu adulto com máscara e bag; • Cadastrar; • Fio guia; • Seringa de 20 ml; • Sonda de aspiração nº 12, 14 e 16;

- Lâmina de bisturi nº 23;
- Laringoscópio completo;
- 04 pilhas médias.

➤ **2 KIT PARA INTRACATH:**

- **Adulto, Infantil e Neonatal**

Cada KIT é composto de:

- Intracath adulto;
- Intracath infantil;
- Lâminas de bisturi nº 23;
- Fios de nylon 3.0;
- Seringa 20cc;
- Agulha 40x12, 13x4,5, 30x8;
- Xylocaína 2% S/Vaso;
- Pacote de gaze III;
- Campo fenestrado;
- Equipo macrogotas;
- Dânuilas;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Kit de sutura, estéril;
- Soro fisiológico 0,9% 500 ml;
- Esparadrapo/ micropore.
- Avental estéril;
- Óculos proteção individual
- Touca

➤ **KIT PARA DRENAGEM DE TÓRAX:**

Cada KIT é composto de:

- Kit dreno de tórax adulto com frasco;
- Lâminas de bisturi nº 23;
- Fios de nylon 3.0;
- Fios de nylon 2.0;
- Água Destilada estéril 250 ml (selo d'água);
- Pacote de gaze III;
- Esparadrapo;

- Caixa de pequena cirurgia;
- Campo fenestrado;
- Xylocaína 2% S/V;
- Seringa 20cc, 10cc;
- Agulha 40x12, 13x4,5, 30x8;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Avental impermeável;
- Capote estéril;
- Óculos proteção individual
- Touca
- Luva de Procedimento.

➤ **KIT PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA (SVD):**

Cada KIT é composto de:

- Sonda vesical foley nº 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22;
- Coletor sistema fechado de urina;
- Seringa 20cc, 10cc;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Água destilada;
- Pacote de gaze III;
- Xilocaína gel;
- Agulha 40x12;
- Cuba rim;
- Mascara cirúrgica;
- Avental impermeável;
- Campo estéril.

➤ **KIT PARA SONDAGEM NASOGÁSTRICA/ NASOENTERAL (SNG/SNE):**

Cada KIT é composto de:

- Sonda gástrica nº 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20;
- Sonda enteral 10, 12 (nº sonda padronizada no município);
- Seringa 20cc;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Água destilada;

	• Pacote de gaze III; • Xilocaína gel; • Bolsa coletora descartável; • Micropore, ou fixação de sonda padrão; • Avental impermeável; • Mascara cirúrgica. ✓ Os materiais devem ser de tamanho adequado ao perfil dos pacientes do setor. ✓ Todos os kits devem ser repostos após uso, com solicitação feita na farmácia em impresso próprio no nome do paciente, junto a prescrição médica, lacrar a bolsa e anotar número do lacre em caderno de checagem do carrinho de emergência.
--	--

POP 064 - PREPARO PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	
AGENTES	Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É utilizado nas unidades de tratamento intensivo em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração. A atuação de enfermagem tem o objetivo de auxiliar o Médico na passagem de um tubo através da boca ou nariz por dentro da traqueia até o pulmão. Tem a finalidade de: • Fornece uma via aérea quando o paciente está tendo dificuldade respiratória e não pode ser tratado por métodos mais simples; • Assistir a ventilação de pacientes que não podem manter uma via aérea adequada, por si mesmos; • Promover uma via aérea para aspiração de secreções da árvore pulmonar.
RECURSOS	1. Kit de Entubação Orotraqueal conforme POP 063; 2. Luvas de procedimento; 3. EPIs: Avental, gorro, máscara descartável e óculos de proteção; 4. Filtro; 5. Estetoscópio; 6. Sistema fechado de aspiração orotraqueal ou sonda de aspiração de vários calibres; 7. Respirador artificial.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material e levar à cabeceira do paciente; 3. Auxiliar o Médico durante o procedimento; 4. Testar a insuflação do cuff (10cc de ar), utilizando seringa de 20ml; 5. Oferecer cânula de calibre adequado após teste de cuff; 6. Oferecer laringoscopia já testada e com a lâmina; 7. Oferecer estetoscópio; 8. Insuflar o cuff com 10cc de ar; 9. Conectar a cânula ao ambu e proceder a oxigenação manual; 10. Fixar a cânula com cadarço ou tensoplast; 11. Conectar a cânula ao respirador; 12. Retirar as luvas; 13. Organizar o ambiente;

	14. Higienizar as mãos; 15. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Após o procedimento, organizar a bandeja, repondo todo o material que foi utilizado. ✓ Lacrar e anotar lacre no livro do carrinho de emergência; ✓ Organizar o ambiente.

POP 065 - TROCA DE CIRCUITOS DOS RESPIRADORES	
AGENTES	Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a realização de troca dos circuitos do respirador em uso com o objetivo de manter o circuito limpo, a fim de evitar infecções.
RECURSOS	1. Ambu; 2. Luvas estéreis; 3. Circuito esterilizado.
MÉTODO	1. Verificar na folha de procedimentos invasivos a data da troca do circuito do respirador; 2. Lavar as mãos; 3. Calçar as luvas; 4. Retirar o circuito usado; 5. Observar a necessidade de ventilação manual com ambu, entre a troca do circuito; 6. Colocar o circuito estéril; 7. Encaminhar o circuito usado para desinfecção.
OBSERVAÇÕES	✓ A troca deve ser feita conforme padronização: • Ausência de filtro higroscópio: a cada 07 dias. • Com filtro higroscópio: quando apresentar sujidade e mau funcionamento.

POP 067 - LIMPEZA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir a formação de rolhas ou tampão e promover alívio respiratório.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Luvas estéreis; 3. Luvas de procedimento; 4. Gazes estéreis; 5. Cuba rim; 6. Caderço para fixação da cânula; 7. Espátula ou escovinha individual para higiene da traqueostomia; 8. Água destilada; 9. Solução antisséptica degermante; 10. Solução fisiológica 0,9%; 11. Biombo; 12. EPIs (óculos de proteção, gorro, capote e máscara descartável).
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante; 3. Verificar a prescrição do paciente; 4. Higienizar as mãos; 5. Separar, preparar e levar o material para a unidade do paciente; 6. Disponibilizar todo o material, preparando na cuba rim e água destilada com solução antisséptica; 7. Colocar os EPIs: óculos, gorro, capote e máscara descartável e capote, se necessário; 8. Calçar as luvas de procedimento; 9. Colocar o paciente em posição segura e confortável, de preferência em posição Fowler; 10. Soltar o caderço cuidadosamente para que não desloque a cânula, sem retirar da cânula; 11. Retirar o curativo sujo e desprezá-lo no saco de lixo adequado; 12. Remover as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado; 13. Higienizar as mãos;

	14. Calçar as luvas estéreis; 15. Segurar com uma das mãos (dominante) a cânula interna e girar ao encontro da trava de liberação; 16. Retirar a cânula interna colocando na cuba rim, imersa por alguns minutos em água destilada com solução antisséptica degermante; 17. Proceder a limpeza do lúmen, introduzindo a gaze estéril embebida com soro fisiológico a 0,9% com o auxílio de uma escovinha; caso não disponha desse material, usar gazes úmidas com água destilada e espátula na cânula interna; 18. Repetir até que a gaze saia limpa; 19. Fazer a limpeza da parte externa; 20. Enxaguar com soro fisiológico e secar a cânula interna com gaze estéril; 21. Reintroduzir a cânula interna (girando a trava no sentido horário) certificando-se que o sistema está travado; 22. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço; 23. Manter a região Peri-estoma seca, colocando gazes dobradas ao meio, para proteção entre a cânula e a pele do paciente; 24. Deixar o paciente seguro, confortável e o local em ordem; 25. Desprezar o material usado no expurgo; 26. Retirar as luvas e higienizar as mãos; 27. Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e consistência da secreção, se houver. 28. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ O procedimento executado deve ser repetido quantas vezes forem necessárias, até que seja observada a remoção das crostas e exsudato. ✓ A água destilada não poderá ser substituída por água da torneira, apenas por solução fisiológica estéril; ✓ Não é recomendado cortar as gazes devido ao risco de penetração de “fios” na cânula de estoma, além da necessidade de utilizar tesoura estéril para evitar contaminação das gazes a serem utilizadas.

	✓ Deve-se tomar cuidado para não apertar o cadoço no pescoço do paciente, a fim de evitar lesões de pele e possíveis desconfortos; ✓ Há necessidade de fixar o cadoço para que não ocorra saída de cânula ou deslocamento durante episódio de tosse. ✓ Se desconforto respiratório, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

km

POP 068 - RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A reanimação cardiopulmonar, ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ou reanimação cardiorrespiratória (RCR) é um conjunto de manobras destinadas a garantir a oxigenação dos órgãos quando a circulação do sangue de uma pessoa para parada cardiorrespiratória (PCR). Nesta situação, se o sangue não é bombeado para os órgãos vitais, como o cérebro e o coração, esses órgãos acabam por entrar em necrose, pondo em risco a vida da pessoa.
RECURSOS	Carrinho de Emergência equipado e conferido.
MÉTODO	➤ Respiração: 1. Afrouxe as roupas da vítima, principalmente em volta do pescoço, peito e cintura; 2. Verifique se há qualquer coisa ou objeto obstruindo a boca ou garganta da vítima; 3. Inicie a respiração de socorro tão logo tenha a vítima sido colocada na posição correta. Cada segundo é precioso. ➤ Massagem cardíaca: 1. Coloque a vítima deitada de costas sobre superfície dura; 2. Coloque suas mãos sobrepostas na metade inferior do esterno com os braços estendidos, sem flexionar os cotovelos; 3. Faça a seguir uma pressão, com a região hipotênar da mão, com bastante vigor, para que se abaixe o esterno, comprimindo o coração de encontro à coluna vertebral; • Frequência: 100 a 120 compressões/ minuto; • Profundidade: mínima de 2 polegadas (5 cm) e máximo 2,4 polegadas (6 cm). 4. Permitir o retorno total do tórax após cada compressão.
OBSERVAÇÕES	✓ Não se apoiar sobre o tórax entre as compressões. Minimizar as interrupções nas compressões. Não interromper as compressões por mais de 10 segundos. ✓ De 4 a 6 minutos já pode ocorrer dano cerebral. Após 6 minutos o dano cerebral é praticamente certo.

	✓ De acordo com a orientação da American Heart Association (AHA), a equipe de atendimento deve dispor de 5 elementos assim distribuídos: • 1 (um) na ventilação; • 1 (um) na compressão torácica; • 1 (um) anotador de medicamentos e de tempo; • 1 (um) na manipulação dos medicamentos; • 1 (um) no comando, próximo ao monitor/ECG. ✓ Dentro da realidade da nossa Instituição, procuramos padronizar as funções dessas pessoas com atribuições mais específicas, tornando o atendimento mais eficiente e rápido. ➤ Medicamentos mais utilizados na PCR • <u>Epinefrina</u> – vasopressor para ressuscitação, pode ser utilizada logo após o início da PCR devido a um ritmo não chocável; • <u>Lidocaína e Amiodarona</u> – ambas são indicadas para evitar recorrência da fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso; • <u>Difosfato de Adenosina</u> – A adenosina é recomendada como segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada. • <u>Beta bloqueadores</u> – indicada para tratamento pós-PCR por FV ou TVSP, pois está relacionado com maior probabilidade de sobrevivência. No entanto, devem ser avaliados caso a caso, pois podem ocasionar uma grave instabilidade hemodinâmica, exacerbar a bradiarritmia e insuficiência cardíaca. Alguns pacientes que já eram cardiopatas e faziam uso de Beta-bloqueadores antes, podem ser indicados manter a prescrição para melhor prognóstico.
--	--

POP 069 - PREPARO PARA PASSAGEM DE INTRACATH	
AGENTE	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na passagem de cateter através de agulha, para acesso venoso central em jugular interna, subclávia e femural. Executado por Médico. <u>Indicado nos seguintes casos:</u> • Impossibilidade de punção de veias periféricas; • Monitorização hemodinâmica; • Administração de soluções hipertônicas ou altamente irritantes, inclusive para nutrição parenteral; • Suporte para infusão rápida de fluidos; • Hemodiálise; • Monitorização de PVC.
RECURSOS	1. Kit de Intracath conforme POP 063; 2. PVPI tópico solução; 3. Máscara descartável, avental e óculos de proteção.
MÉTODO	1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Reunir todo material; 3. Lavar as mãos; 4. Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça inclinada a 150° abaixo do tronco, voltada para o lado oposto à punção e os MMSS ao longo do corpo, se possível; 5. Auxiliar o Médico, fornecendo materiais solicitados; 6. Fazer curativo oclusivo no local, ao final do procedimento; 7. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Repor todo o material utilizado na bandeja; ✓ Lacrar e anotar número do lacre livro do carrinho de emergência.

POP 071 - PREPARO PARA DRENAGEM TORÁCICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É um procedimento cirúrgico realizado pelo Médico. Consiste na drenagem de líquido do espaço pleural, através de um dreno. Tem a finalidade de remover sólidos, líquidos ou gases do espaço pleural ou cavidade torácica e do espaço mediastino, além de promover a reexpansão pulmonar e restaurar sua função normal.
RECURSOS	1. Kit de drenagem de tórax conforme POP 063; 2. PVPI solução degermante/ tópica; 3. EPIs: luvas de procedimento e estéreis, máscara, avental e óculos.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir todo o material; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Fornecer material ao Médico, conforme solicitado; 5. Após a colocação do dreno, conectá-lo à extensão do Bio-kit, onde o mariote deverá estar submerso em água destilada (aproximadamente 2,5cm abaixo do nível da água). O tubo curto deve ficar aberto para a atmosfera; 6. Marcar o nível da água com esparadrapo do lado de fora do frasco, anotar data, hora e assinatura; 7. Observar posicionamento da extensão, para não fazer alças ou interferir nos movimentos do paciente; 8. Observar a flutuação do nível da água; 9. Colocar o frasco do dreno abaixo do nível do tórax, fazer uso de pinças hemostáticas, no caso de transporte do paciente; 10. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Repor todo material utilizado na bandeja de drenagem de tórax. ✓ Organizar o ambiente. ✓ Lacrar e anotar número do lacre em livro do carrinho de emergência.

POP 072 - CUIDADOS COM DRENO DE TÓRAX	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Drenos são tubos colocados no interior de uma cavidade, visando permitir a saída de ar, fluidos (sangue, soro, linfa), evitando e prevenindo complicações relacionadas às diversas cirurgias.
RECURSOS	1. Bandeja; 2. Fita adesiva hipoalergênica; 3. Luvas estéreis ou instrumental estéril; 4. Pacotes de gaze estéril; 5. Soro Fisiológico 0,9%; 6. Fita adesiva para identificação do frasco; 7. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Realizar a higienização das mãos; 2. Acomodar o paciente no leito; 3. Retirar curativo externo; 4. Observar e anotar o aspecto e quantidade de exsudato drenado ao redor da inserção do dreno e comunicar ao Enfermeiro; 5. Trocar diariamente o curativo e sempre que necessário, seguindo prescrição médica/Enfermeiro; 6. Realizar anotação de Enfermagem. ➤ Técnica de troca de selo D'água 1. Realizar a higienização das mãos; 2. Reunir o material em uma bandeja; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Clampear o dreno próximo ao tórax; 6. Medir a quantidade de líquido no frasco; 7. Despejar o líquido do frasco em local apropriado; 8. Lavar o frasco com solução fisiológica a 0,9%; 9. Colocar a solução fisiológica a 0,9% no frasco até assegurar a imersão de aproximadamente 2cm da ponta do tubo de drenagem; 10. Fechar o frasco, observando se está bem vedado; 11. Marcar o nível original de líquido com uma fita adesiva hipoalérgica aderida verticalmente ao lado externo do frasco de drenagem;

	12. Anotar a data, volume, responsável e hora da troca; 13. Desclamppear o dreno, mantendo o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente; 14. Observar se há oscilação e drenagem e, se necessário, fazer ordenha na extensão; 15. Posicionar o frasco, evitando formação de alças ou cotovelos e deixar sob a cama, abaixo do nível do tórax e protegido de quedas acidentais; 16. Retirar as luvas de procedimento; 17. Higienizar as mãos; 18. Recolher o material do leito; 19. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Identificar o curativo com data, hora e nome do profissional que realizou; ✓ Deverá ser feito o curativo do dreno com técnica de curativo cirúrgico; ✓ Manter a permeabilidade, visando garantir uma drenagem eficiente; ✓ Registrar corretamente os dados relacionados à drenagem em prontuário; ✓ Observar fixação do dreno, verificando se não há algum orifício exteriorizado; ✓ A cada 6 horas monitorar curativo do dreno pleural, características dos sons respiratórios, sinais de enfisema subcutâneo, característica e quantidade do líquido drenado. ✓ Durante a troca da drenagem pleural (selo d'água), a extensão deverá permanecer clampeada; ✓ Realizar e manter a técnica asséptica durante o procedimento para não contaminar o sistema de drenagem; ✓ Evitar o clampeamento prolongado do dreno pleural risco de provocar pneumotórax hipertensivo ou enfisema subcutâneo; ✓ Se dreno oscilante, verificar se há obstrução do sistema de drenagem; ✓ Realizar a troca de curativo sempre que necessário e comunicar ao Enfermeiro se alteração.

POP 073 - CONTROLE DE DRENAGENS (SONDAS E DRENOS)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de controlar secreções drenadas observando características e seu volume. Existem muitos tipos de drenos como o de Penrose, de Kher utilizados em cirurgias da via biliar, drenos fechados de pressão negativa que é uma bolsa sanfonada que cria um vácuo e aspira continuamente a secreção, drenos de tórax utilizados na cavidade torácica, para retirar pus, ar, sangue, etc. Os drenos devem ser cuidadosamente manipulados para que não seja alterado o fluxo das secreções e também para que não desloque ou retire o dreno acidentalmente causando desconforto e dor ao paciente. As sondas utilizadas no paciente podem ser vesical, nasogástrica, orogástrica, retal, gastrostomia, etc.
RECURSOS	✓ Bandeja contendo: 1. Luvas de procedimento; 2. Óculos de proteção; 3. Saco coletor graduado.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente. 3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 4. Calçar as luvas; 5. Desprezar o material drenado no saco coletor graduado; 6. Desprezar as luvas; 7. Lavar as mãos; 8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

**OSERVA
ÇÕES**

➤ **Anotações do prontuário relativas a drenos:**

- ✓ Anotar a localização e tipo de dreno (Kher, Penrose, tórax, etc.);
- ✓ Anotar o débito (volume, cor, aspecto, etc.);
- ✓ Fazer a troca de coletor, especificando o horário;
- ✓ Observar o aspecto de inserção (hiperemia, lesão, ressecamento, presença de exsudato, condições gerais de pele);
- ✓ Anotar o tipo de curativo da inserção (se houver): oclusivo, aberto, limpo, seco e compressivo;
- ✓ Anotar o tipo de fixação do dreno;
- ✓ Observar e anotar as queixas referidas pelo paciente com relação ao dreno (dor, prurido, etc.).

➤ **Anotações do prontuário relativas a sondas:**

- ✓ É importante inicialmente, observar a localização e tipo de sonda (nasogástrica, nasoenteral, vesical, retal) e assim:
- ✓ Anotar o débito (volume, cor, aspecto, etc.) A secreção gástrica é clara e viscosa. O aspecto marrom ou esverdeado sugere estase gástrica e refluxo de bile;
- ✓ Fazer a troca de coletor, especificando o horário, sempre que necessário;
- ✓ Observar o aspecto de inserção se há presença de hiperemia, lesão, ressecamento, quais as condições gerais de pele;
- ✓ Fazer curativo com técnica asséptica;
Observar e anotar as queixas referidas pelo paciente com relação à sonda (dor, prurido, etc.).

POP 074 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	Consiste na introdução de uma sonda gástrica através da narina ou boca até o estômago, com a finalidade de drenagem do conteúdo gástrico, lavagem gástrica, administração de medicamentos e alimentação. Está indicada para pré ou pós-operatório, impossibilidade de deglutição por motivos físicos ou psiquiátricos, distensão abdominal.
RECURSOS	1. Kit de Sondagem Nasogástrica conforme POP 063; 2. Esparadrapo ou micropore; 3. Luvas de procedimento; 4. Estetoscópio; 5. Toalha de papel descartável.
MÉTODO	1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Colocar o paciente (se consciente), em posição de Fowler; 3. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente e finalidade da sonda; 4. Remover dentaduras, se necessário; 5. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis; 6. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifoide, marcando-a neste local com esparadrapo; 7. Lubrificar a narina do paciente com lidocaína gel; 8. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína gel; 9. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário auxiliá-lo (em caso de paciente consciente); 10. Introduzir a sonda pela narina do paciente, fazendo movimentos para cima e para trás; 11. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente (se consciente) que faça movimento de deglutição; 12. Introduzir a sonda até o ponto demarcado; 13. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20ml no adulto e 5 a 10ml na criança) realizando ausculta com estetoscópio na região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído de ar

	no estômago; também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico; 14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente; 15. Retirar as luvas; 16. Lavar as mãos; 17. Manter a sala em ordem; 18. Realizar evolução de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Caso a sonda Nasogástrica seja aberta, adicione extensão e saco coletor. ✓ Sempre confirmar o posicionamento da sonda nasogástrica ou nasoenteral antes da introdução de medicações ou alimentos, aspirando o conteúdo gástrico; se exceder 50ml, deixar a sonda aberta e informar ao Enfermeiro. ✓ Em caso de obstrução da sonda, injetar água filtrada, com pressão moderada, em seringa de 5ml ou 10ml. ✓ Infundir 20ml de água filtrada após a introdução de alimentação ou medicação para que não fiquem resíduos aderidos à sua parede.

POP 075 - SONDAGEM NASOENTERAL	
AGENTES	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	As sondas enterais são feitas de silicone, borracha ou poliuretano, possuem fino calibre e grande flexibilidade. <u>Vantagens:</u> reduz a irritação orofaríngea, a necrose pela pressão na parede do esôfago e traqueia, reduz o risco de lesão da cárdia e irritação esofágica distal e o desconforto ao engolir. Para facilitar a passagem, algumas são carregadas de tungstênio e algumas necessitam de um fio metálico (guia ou mandril) para evitar que enrolem na região posterior da garganta. Possuem marcas radiopacas e peso na parte distal. Tem o objetivo de obter via de acesso para administração da nutrição com a sonda em posição pós-pilórica.
RECURSOS	1. Kit para Sondagem Nasoenteral conforme POP 063; 2. Luvas de procedimento; 3. Papel toalha; 4. Estetoscópio; 5. Biombo, se necessário; 6. Máscara descartável e óculos de proteção.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Reunir todo material em bandeja e levar ao quarto; 3. Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado (confirmar se a localização necessária é pós-pilórica); 4. Explicar o procedimento ao paciente, ou a família e/ou ao cuidador; 5. Promover a privacidade do paciente, colocando biombo; 6. Colocar o paciente em posição sentado, elevar a cabeceira da cama; 7. Higienizar as mãos; 8. Calçar as luvas de procedimento, colocar a máscara descartável e óculos de proteção; 9. Solicitar ao paciente que faça (ou faça por ele) a higiene das narinas com gazes; 10. Perguntar ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenoide); 11. Examinar as narinas para detectar possíveis anormalidades; 12. Perguntar ao paciente sobre preferência (narina D ou E);

13. Proteger o tórax com papel toalha;
14. Medir a extensão da sonda que será da seguinte forma: da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, deste ponto ao apêndice xifoide. Marcar esta medida na sonda com adesivo;
15. Injetar água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for pré-lubrificada);
16. Reintroduzir o fio guia na sonda;
17. Aplicar gel lubrificante na narina do paciente (cerca de 3ml);
18. Aplicar o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze;
19. Solicitar ou auxiliar o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote;
20. Solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote;
21. Retornar a cabeça para a posição ereta;
22. Continuar introduzindo a sonda com suavidade até a marca;
23. Conectar uma seringa de 20 ml, aspirar o conteúdo gástrico injetar de 10 a 20ml de ar pela sonda e auscultar simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da sonda (gástrica);
24. Abaixar a cabeceira da cama e posicionar o paciente em decúbito lateral direito (se possível);
25. Retirar o adesivo da sonda (marca) e introduzir mais 10 a 15cm, considerando o porte físico do paciente;
26. Retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;
27. Injetar 20ml de ar e observar o retorno menor que 10ml e com dificuldade;
28. Fazer a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz;
29. Retirar as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção;
30. Deixar o paciente confortável;
31. Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
32. Descartar os resíduos e proceder a desinfecção da bandeja;
33. Higienizar as mãos;

	34. Encaminhar o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguardar para que seja realizado no leito. Certificar-se que o RX seja avaliado pelo Médico, confirmando a localização da sonda e liberado para uso; 35. Aguardar 2 horas e solicitar novo RX para confirmar posição enteral.
OBSERV AÇÕES	✓ Pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão. ➤ Localização da sonda (testes): ✓ Teste 1: Pedir ao paciente para falar HUMM; ✓ Teste 2: Examinar a parede posterior da faringe, com lanterna; ✓ Teste 3: Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se reflui conteúdo. Se não for obtido o conteúdo gástrico, colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) e aspirar normalmente; ✓ Teste 4 : Conectar a seringa à extremidade da SNG. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e, imediatamente abaixo do rebordo costal. Injetar 15 a 20 cm³ de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente. ✓ Teste 5: utilizando de fitas reagentes medir o Ph do conteúdo gástrico. ✓ Ponto de decisão crítica: A ausculta já não é mais considerada um método confiável para verificar a colocação da sonda, pois uma sonda colocada inadvertidamente nos pulmões, na faringe ou no esôfago pode transmitir um som semelhante ao da entrada de ar no estômago (POTTER, 2005) ➤ Fixação da sonda • Quando a sonda estiver colocada corretamente, fechar sua extremidade ou conectá-la à borracha de látex e bolsa coletora, se para finalidade de drenagem; • Desengordurar a pele água e sabão no local da fixação. (benzina: avaliar risco-benefício); • Fixar a sonda: com um pedaço de fita hipoalergênica de ± 08 cm de comprimento, dividir esta tira ao meio longitudinalmente até aproximadamente 4cm. Prender a outra extremidade no dorso do

	nariz e enrolar os cm das tiras em torno da sonda, no ponto onde ela emergir da narina. É a fixação ideal. • Com auxílio de um canudo de material transparente ou tira de esparadrapo, fazer a marca feita anteriormente na sonda para medir a distância de introdução da mesma, e fixar também sobre a região frontal. • Na criança, fixar no nariz ou na face do mesmo lado da narina onde foi introduzida a sonda, sempre com esparadrapo hipoalergênico.
--	---

POP 076 - TROCA DA FIXAÇÃO DA Sonda NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL	
AGENTE	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na troca da fixação da sonda com o objetivo de manter o posicionamento correto da sonda.
RECURSOS	1. Bolas de algodão; 2. Álcool a 70%; 3. Tesoura; 4. Micropore/ esparadrapo/ tensoplast; 5. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material e levar à unidade do paciente; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Calçar as luvas; 5. Retirar a oleosidade da pele do paciente, com algodão e álcool; 6. Cortar uma tira de bandagem elástica porosa ou esparadrapo com aproximadamente 1cm de largura e 5cm de comprimento; 7. Passar a tira dando uma volta ao redor da sonda, prendendo-a no nariz; 8. Confirmar a sondagem gástrica e desengordurar a pele da testa e do nariz com gaze III; 9. Fixar a sonda com micropore; 10. Conectar uma extensão e saco coletor na extremidade da sonda ou Manter a sonda fechada, conforme prescrição médica; 11. Retirar e desprezar as luvas de procedimento; 12. Deixar a unidade do paciente em ordem; 13. Lavar as mãos; 14. Fazer anotação do procedimento no prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Realizar a troca da fixação sempre que apresentar sujidade ou a cada 72 horas.

POP 077 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
AGENTES	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	Consiste na inserção de catéter estéril através da uretra até a bexiga, para drenar a urina.

RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Luvas estéreis; 3. Sonda uretral estéril descartável (nº 8 a 12); 4. Almotolia com solução asséptica estéril; 5. Compressas de gaze estéril; 6. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, Pinça cheron); 7. Campo fenestrado; 8. Lençol; 9. Material para higiene íntima; 10. Lidocaína gel estéril; 11. Seringa de 20ml; 12. Biombo.
MÉTODO	<u>Paciente do sexo feminino</u> 1. Explicar o procedimento e sua finalidade à paciente; 2. Reunir o material; 3. Colocar biombos em volta da cama; 4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 5. Colocar a paciente em posição ginecológica; 6. Realizar a higiene íntima; 7. Lavar as mãos; 8. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica; 9. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula; 10. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de alívio e gazes; 11. Desinfetar o lacre do tubo de Xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze; 12. Calçar as luvas estéreis; 13. Lubrificar a sonda com Xilocaína; 14. Pegar com auxílio da pinça gaze embebida em solução asséptica; 15. Limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento; 16. Limpar com um movimento único e firme os grandes lábios do lado

- mais distante para o lado mais próximo, de cima para baixo, desprezando a gaze para cada movimento;
17. Colocar o campo fenestrado sobre o períneo;
 18. Afastar os grandes lábios para expor meato uretral e, com a mão não dominante, limpar os pequenos lábios da mesma forma. A mão não dominante será agora considerada contaminada;
 19. Limpar o meato com movimento uniforme, obedecendo a direção meato uretral-ânus, sem tirar a mão não dominante do local. Se os lábios forem soltos acidentalmente, repetir o processo de limpeza;
 20. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;
 21. Depois de esvaziar a bexiga, pressionar o catéter entre o polegar e o dedo indicador para evitar que a urina permaneça na uretra. Remover delicadamente o catéter;
 22. Posicionar a paciente confortavelmente;
 23. Recolher o material do cateterismo;
 24. Deixar a sala em ordem;
 25. Lavar as mãos;
 26. Registrar o procedimento. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina.

Paciente do sexo masculino

1. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
2. Reunir o material;
3. Colocar biombos em volta da cama;
4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
5. Realizar a higiene íntima;
6. Lavar as mãos;
7. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;
8. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de alívio e gazes;
10. Desinfetar lacre do tubo de xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo

	com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze; 11. Calçar as luvas estéreis; 12. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito; 13. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril, após, retraindo o prepúcio, expondo a glândula com movimento circular sobre o meato, de dentro para fora; 14. Introduzir a sonda lubrificada dentro da uretra até que a urina flua; 15. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial; 16. Remover a sonda suavemente quando a urina parar de fluir; 17. Posicionar o paciente confortavelmente; 18. Recolher o material; 19. Lavar as mãos; 20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 21. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Dar preferência para uso de sonda de polivinil descartável nº 6 a 12. ✓ Solução antisséptica Clorexidina aquosa 0,2% ou PVPI aquoso.

POP 078 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	É a introdução de uma sonda ou cateter por via uretral na bexiga com a finalidade de colher material para exames; aliviar a distensão vesical pela retenção urinária; esvaziar a bexiga no pré-operatório; controlar o volume urinário.
RECURSOS	1. Kit de Sondagem Vesical de Demora conforme POP 063; 2. Luvas de procedimento; 3. PVPI tópico; 4. Material para higiene íntima; 5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, Pinça cheron); 6. Lençol.
MÉTODO	<u>Paciente do sexo feminino</u> 1. Explicar o procedimento e sua finalidade à paciente; 2. Reunir o material; 3. Colocar biombos em volta da cama; 4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 5. Realizar a higiene íntima; 6. Lavar as mãos; 7. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica; 8. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula; 9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de Folley, gazes e seringa; 10. Desinfetar o lacre do tubo de xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze; 11. Calçar as luvas estéreis; 12. Lubrificar a sonda com xilocaína; 13. Pegar com auxílio da pinça, gaze embebida em solução asséptica; 14. Limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento; 15. Limpar com um movimento único e firme os grandes lábios do lado mais distante para o lado mais próximo, de cima para baixo,

- desprezando a gaze para cada movimento;
16. Colocar o campo fenestrado sobre o períneo;
 17. Afastar os grandes lábios para expor meato uretral e, com a mão não dominante, limpar os pequenos lábios da mesma forma. A mão não dominante será agora considerada contaminada;
 18. Limpar o meato com movimento uniforme, obedecendo a direção meato uretral-ânus, sem tirar a mão não dominante do local. Se os lábios forem soltos acidentalmente, repetir o processo de limpeza;
 19. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;
 20. Conectar à sonda o sistema coletor de urina fechado;
 21. Inflar o balonete com água destilada, conforme o fabricante da sonda;
 22. Posicionar a paciente confortavelmente;
 23. Recolher o material utilizado, deixando o quarto em ordem;
 24. Lavar as mãos;
 25. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina.
 26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

Paciente do sexo masculino

1. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
2. Reunir o material;
3. Colocar biombos em volta da cama;
4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
5. Realizar a higiene íntima;
6. Lavar as mãos;
7. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;
8. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de Folley, gazes e seringa;
10. Desinfetar o lacre do tubo de xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa

	cúpula estéril; 11. Pegar com auxílio da pinça, gaze embebida em solução asséptica; 12. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril, após, retrain o prepúcio expondo a glândula com movimento circular sobre o meato, de dentro para fora; 13. Calçar as luvas estéreis; 14. Aspirar 5ml de xilocaína e injetar no meato urinário; 15. Introduzir delicadamente o cateter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária; 16. Inflar o balonete com água destilada, conforme fabricante da sonda; 17. Posicionar o paciente confortavelmente; 18. Recolher o material utilizado, deixando o quarto em ordem; 19. Lavar as mãos; 20. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina; 21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Usar sonda de Foley nº 12 a 20 para adultos e nº 08 a 10 para crianças ou de 3 vias caso seja necessário irrigação, conforme prescrição médica.

POP 079 - CONTROLE DE DIURESE ESPONTÂNEA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de observar a função renal, compor o balanço hídrico, observar a ação das drogas, adequar às condutas terapêuticas, detectar precocemente sinais de complicações.
RECURSOS	1. Compadre ou comadre; 2. Saco coletor graduado descartável; 3. Luvas de procedimento; 4. Óculos de proteção.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente;

	3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 4. Oferecer compadre ou comadre; 5. Calçar as luvas; 6. Desprezar a diurese no saco coletor graduado; 7. Elevar o saco coletor para proceder a leitura; 8. Ler o volume pela escala graduada do saco e observar características da urina contra a luz; 9. Desprezar a urina no vaso sanitário; 10. Retirar as luvas; 11. Higienizar as mãos; 12. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem; 13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Anotar quantidade e aspecto da diurese e comunicar ao Médico e Enfermeiro as alterações observadas. ✓ Oligúria: débito urinário menor que 400ml/24h ou menor que 30m/h. ✓ Anúria: débito urinário menor que 100ml/24h. ✓ Normal: débito urinário de 800 - 1.800ml/24h. ✓ Poliúria: débito urinário maior 3.000ml/24h.

POP 080 - CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTE COM SONDA VESICAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o controle do volume urinário num determinado período de tempo. Tem o objetivo de observar a função renal, compor o balanço hídrico, adequar às condutas terapêuticas, detectar precocemente sinais de complicações, auxiliar no diagnóstico/evolução/tratamento.
RECURSOS	1. Saco coletor graduado descartável; 2. Luvas de procedimento; 3. Biombo.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente; 3. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo em enfermagem; 4. Calçar as luvas de procedimento; 5. Ler o volume pela escala graduada da bolsa coletora de sistema fechado; 6. Observar características da urina; 7. Abrir o clamp de esvaziamento da bolsa coletora de sistema fechado dentro do saco coletor graduado; 8. Após drenagem da urina, fechar o clamp para nova coleta; 9. Desprezar urina no vaso sanitário; 10. Desprezar saco coletor graduado e luvas de procedimento utilizadas em saco de lixo; 11. Higienizar as mãos; 12. Registrar no prontuário a data, hora, quantidade e características da urina desprezada; 13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Utilizar todos EPIs. ✓ Evitar exposição do paciente. ✓ Anotar quantidade e aspecto da diurese e comunicar ao Médico e Enfermeiro as alterações observadas. ✓ Oligúria: débito urinário menor que 400ml/24h ou menor que 30ml/h.

	✓ Anúria: débito urinário menor que 100ml/24h. ✓ Normal: débito urinário de 800 – 1.800ml/24h. ✓ Poliúria: débito urinário maior 3.000ml/24h.
--	--

POP 081 - LAVAGEM INTESTINAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de eliminar ou evitar a distensão abdominal e flatulência, facilitar a eliminação de fezes, remover sangue nos casos de melena e preparar o paciente para cirurgia, exames e tratamento do trato intestinal. A lavagem intestinal é um procedimento onde se efetua a limpeza do intestino grosso para retirada de resíduos fecais, os quais são fontes de processos intoxicativos do corpo. Pode ser feita através da sonda retal.
RECURSOS	1. Frasco de solução glicerizada a 5%; 2. Sonda retal; 3. xilocaína gel a 2%; 4. Gaze; 5. Equipo macrogotas; 6. Luvas de procedimento; 7. Biombo; 8. 02 Lençóis; 9. Comadre.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Verificar a solução e o volume prescrito; 3. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente; 4. Explicar o procedimento ao paciente; 5. Promover privacidade ao paciente com a utilização de biombo; 6. Proteger a cama com impermeável, forrando com lençol. 7. Se possível, colocar o paciente na posição Sims e cobri-lo com lençol, expondo apenas, o sulco interglúteo e a área retal; 8. Calçar as luvas de procedimento; 9. Colocar um pouco de xilocaína gel 2% em uma gaze e aplicar na ponta da sonda (cerca de 5 cm); 10. Conectar o frasco de solução ao equipo e à sonda retal;

	11. Encaixar frasco de glicerina no suporte de soro do leito; 12. Com a mão não dominante afastar a prega intraglútea; 13. Com a mão dominante introduzir cuidadosamente a sonda no reto; 14. Com a mão não dominante fechar a prega intraglútea; 15. Abrir a pinça do equipo observando o gotejamento da solução; 16. Infundir lentamente a solução; 17. Após a infusão de todo o líquido, retirar a sonda cuidadosamente; 18. Desprezar frasco da solução, equipo, gaze e luvas de procedimento em saco de lixo adequado; 19. Solicitar ao paciente que retenha a solução por 10-15 minutos se possível; 20. Colocar a comadre ou acompanhar o paciente até o banheiro, orientando-o para não dar descarga; 21. Observar o aspecto e a quantidade da eliminação, após anotar e comunicar ao Enfermeiro; 22. Deixar o paciente confortável, protegido por um lençol; 23. Recolher todo o material utilizado; 24. Manter unidade do paciente em ordem; 25. Realizar as anotações de enfermagem, registrando quantidade e aspecto da eliminação.
OBSERVAÇÕES	✓ Infundir solução glicerina lentamente. ✓ Introduzir e retirar sonda retal lentamente. ✓ Posicionar paciente de maneira a não expulsar sonda retal. ✓ Lubrificar bem a sonda retal para evitar lesão anal. ✓ Em caso de o paciente referir dor, parar infusão e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Comunicar resultado do procedimento ao Enfermeiro e relatar na evolução de enfermagem em impresso próprio.

POP 082 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A ostomia é um procedimento abdominal, realizada através de uma intervenção cirúrgica para a saída de fezes. Colostomias: procedimento cirúrgico que consiste em seccionar uma extremidade do intestino grosso e expô-lo através de uma abertura na parede abdominal anterior, pela qual será eliminado o material fecal. Ileostomia: é um tipo de estoma intestinal que comunica o intestino delgado (íleo) com o exterior. Elimina geralmente fezes líquidas e funciona várias vezes ao dia. Normalmente localiza-se no quadrante inferior direito do abdome.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Luvas estéreis; 3. Bolsa de colostomia indicada ao paciente; 4. Placa de colostomia; 5. Soro Fisiológico 0,9%; 6. Gazes; 7. Compressas de gaze; 8. Tesoura; 9. Biombo; 10. Pacote de curativo.
MÉTODO	1. Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade; 2. Posicionar o paciente confortavelmente, expondo apenas a região Em que será aplicada a bolsa, mantendo sua privacidade; 3. Lavar as mãos; 4. Calçar as luvas de procedimento; 5. Remover a bolsa de colostomia, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa; 6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização; 7. Abrir o pacote de curativos com a técnica asséptica; 8. Limpar a pele e utilizar compressa de gaze para remover as fezes; 9. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar;

	10. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma; 11. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5cm maior que o tamanho do estoma); 12. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal; 13. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante; 14. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp; 15. Retirar as luvas; 16. Lavar as mãos; 17. Registrar em prontuário: característica do débito de colostomia, volume, odor, cor, etc.); 18. Realizar evolução e anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000); 19. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes. ✓ Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp. ➤ Cuidados diários com colostomia: • Esvaziar a bolsa (no mínimo uma vez por plantão e sempre que necessário), soltando apenas o clamp que a fecha na parte inferior; • Lavá-la com soro fisiológico a cada vez que se desprezar o conteúdo no vaso sanitário; • O clamp poderá ser reutilizado nas trocas do mesmo paciente.

POP 083 - ADAPTAÇÃO DE BOLSA COLETORA EM FÍSTULA ABDOMINAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A Bolsa coletora é um dispositivo instalado na abertura da fístula para coletar exsudatos corporais. Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epiteliais que ocorre na maioria das vezes como complicação no pós-operatório, mas pode ocorrer de forma espontânea em patologias.

RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Bolsa coletora descartável; 3. Gaze; 4. Soro Fisiológico 0,9%; 5. Bandeja; 6. Biombo.
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Separar e transportar os materiais dentro da bandeja até a unidade do paciente; 3. Colocar o paciente em posição segura e confortável; 4. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo; 5. Calçar as luvas de procedimento; 6. Abrir gaze e umedecê-la com soro fisiológico 0,9%; 7. Higienizar fístula com gaze e soro fisiológico 0,9%; 8. Secar bem a pele ao redor da fístula; 9. Utilizar a bolsa coletora de acordo com o tamanho adequado da fístula; 10. Retirar o adesivo e colar a bolsa na pele, sendo a abertura da bolsa coletora maior que o orifício da fístula; 11. Certificar-se que a bolsa coletora esteja bem aderida à pele; 12. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem; 13. Desprezar gaze e luva utilizada dentro do lixo adequado; 14. Higienizar as mãos; 15. Registrar no prontuário a data e hora da troca da bolsa coletora, bem como o tamanho da fístula e característica da substância exsudativa; 16. Registrar e comunicar ao Enfermeiro se houver lesões de pele ao redor da fístula; 17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Durante a higienização observar alteração da pele ao redor da fístula e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Atentar para o dispositivo mal adaptado, pois podem provocar vazamentos e dermatites.

POP 084 - CURATIVOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Curativo: consiste em um procedimento asséptico que segue desde a irrigação com solução fisiológica até a cobertura específica com o objetivo de auxiliar no processo de cicatrização da ferida. Ferida: é qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica. As feridas são superficiais quando limitadas à epiderme, derme e hipoderme, e profundas, quando outras estruturas são atingidas (fáscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ligamentos, ossos, vasos e órgãos cavitários). Nos ferimentos fechados, a continuidade da pele e dos tecidos não é violada ou danificada e eles podem ser tanto superficiais quanto profundos. Nas feridas abertas, ocorre a descontinuidade e o rompimento da barreira de proteção da pele, acentuando os riscos de infecção. As feridas simples evoluem rapidamente para a cicatrização. As complexas têm evolução lenta e progressiva, tendendo para a cronicidade. Podem estar contaminadas, colonizadas ou infectadas, quando mostram evidências de processo infeccioso, com tecidos desvitalizados, exsudação e odor característico. Classificação: Características das lesões: Necrótica: Presença de placa dura (escaras) ou tecido necrosado; Infectada: Presença de processo inflamatório e exsudação supurativa; Com crosta: Exsudação que se modificou, composta de células mortas, retardam a cicatrização; Granulada: Formação de tecido vascular novo (angiogênese) e matriz de colágeno; Epitelializada: Formação e migração de células epiteliais sobre uma

	superfície durante o processo de cicatrização. Curativo: é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção. ➤ Tipos de curativos: • Curativo semi-oclusivo: utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável; • Curativo oclusivo: atua como barreira mecânica, impede a perda de fluídos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir enfisema e formação de crosta; • Curativo compressivo: utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão; • Curativos abertos: são realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas, escoriações, etc. ➤ Objetivo dos curativos: • Auxiliar o organismo a promover a cicatrização; • Eliminar fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão; • Diminuir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados. ➤ Desbridamento: É a retirada do tecido desvitalizado ou morto, pois a sua presença retarda o processo de cicatrização. Atualmente temos: • Autolíticos: destruição natural do tecido necrótico através de enzimas lisossomiais e ações de macrófagos; • Químico/ Enzimático: são utilizadas as enzimas proteolíticas com o objetivo de remover os tecidos desvitalizados. Ex.: Colagenase. • Mecânico: são realizados através do emprego de forças físicas objetivando a remoção de tecidos desvitalizados. São utilizados dois métodos: Fricção: emprega-se gaze úmida ou esponja macia em movimentos centrífugos objetivando remover sujidades, corpos estranhos e tecidos desvitalizados. Emprego de material cortante: usa-se tesoura ou lâmina de bisturi.
RECURSOS	1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica);

	2. Soro Fisiológico 0,9%; 3. Gaze; 4. Luvas de procedimento; 5. Luvas estéreis; 6. Produtos tópicos prescritos (cremes, pomadas, hidrocoloides, etc.); 7. Esparadrapo, fita adesiva, micropore ou similar; 8. Atadura de crepe; 9. Tesoura (Mayo).
MÉTODO	1. Explicar o procedimento a ser realizado ao paciente (se consciente) ou acompanhante; 2. Manter o paciente em posição confortável; 3. Observar prescrição médica e de enfermagem sobre o que usar no curativo; 4. Lavar as mãos e calçar as luvas; 5. Preparar o material para a realização do curativo; 6. Avaliar a ferida; 7. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida; 8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 9. Manter a sala em ordem. ➤ <u>PROCEDIMENTOS PARA LESÕES FECHADAS:</u> ✓ <u>Incisão simples:</u> 1. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a em recipiente; 2. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica; 3. Umedecer a gaze com soro fisiológico; 4. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão; 5. Secar a incisão; 6. Ocluir com gaze ou outro curativo prescrito; 7. Aplicar pomada descrita; 8. Fixar com micropore; 9. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que apresentar sujidade;

	10. Manter a incisão ocluída no período de 24 horas ou conforme prescrição médica. ✓ <u>Incisão com pontos:</u> 1. Remover o curativo; 2. Proceder a limpeza ponto a ponto, seguindo técnica descrita para lesões simples; 3. Aplicar pomada, se prescrita; 4. Ocluir o curativo com gaze e micropore; 5. Realizar troca a cada 24 horas ou conforme prescrição médica. ➤ <u>PROCEDIMENTOS PARA LESÕES ABERTAS:</u> 1. Lavar as mãos e calçar as luvas; 2. Remover o curativo anterior, de forma não traumática; 3. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze; 4. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica), seguindo os passos da classificação de feridas; 5. Atentar para uso de pomadas hidrocoloides, conforme prescrição médica; 6. Cobrir a lesão com gaze e fixar com micropore; 7. Desprezar o material usado em local apropriado; 8. Retirar as luvas e lavar as mãos.
OBSERV AÇÕES	✓ Lavar as mãos antes e após cada curativo. ✓ Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo (validade usual 7 dias). ✓ Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível. ✓ Utilizar sempre material esterilizado. ✓ Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las. ✓ Não falar e não tossir sobre a ferida e ao manusear material estéril. ✓ Considerar contaminado qualquer material que toque sobre locais não esterilizados. ✓ Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, fazendo-os com pinças (técnica asséptica).

	✓ Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida. ✓ Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada; ✓ Vários curativos no mesmo paciente; deve iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomias e fístulas em geral. ✓ Ao embeber a gaze com soluções manter a ponta da pinça voltada para baixo. ✓ Ao aplicar ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não apertar em demasia. ✓ Todo curativo deve ser realizado com a seguinte paramentação: luva, máscara, óculos e gorro. ✓ Quando o curativo for oclusivo, deve-se anotar no esparadrapo a data, a hora e o nome de quem realizou o curativo. ✓ Os curativos devem ser considerados em função do tipo de ferida e executados após o banho do paciente, de preferência. ✓ Trocar o curativo das feridas cirúrgicas de acordo com a orientação médica. ✓ Usar preferencialmente bacia ou bandeja para os curativos infectados.
--	---

POP 085 - CURATIVOS COM COBERTURA DE HIDROCOLOIDE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É composto por uma camada interna autoadesiva hipoalergêcia, contendo hidrocoloide, carboximetilcelulose sódica - CMC, poli-isobutileno e conservantes, uma camada externa de filme de poliuretano e um liner, composto por papel siliconado. Indicado para o tratamento de feridas com leve a moderada exsudação, como abrasões e lacerações superficiais, rachaduras da pele, úlceras de perna (venosas, arteriais e mistas), úlceras diabéticas e por pressão (parcial e total), prevenção de úlceras por pressão, excisões dermatológicas, áreas doadoras, incisões cirúrgicas e feridas externas causadas por traumas. Tem o objetivo de promover o desenvolvimento de um meio úmido, otimizando o processo de cicatrização da ferida e permitindo a troca do curativo sem causar danos ao tecido recém-formado.
RECURSOS	1. Saco plástico; 2. Pacote de curativo; 3. Gaze estéril; 4. Seringa 20ml; 5. Soro Fisiológico 0,9%; 6. Luvas de procedimento; 7. Biombo; 8. Placa hidrocoloide; 9. Tesoura.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 6. Avaliar grau, mensurar e descrever aspecto e dimensões da lesão; 7. Orientar a equipe de enfermagem quanto a instalação correta da placa; 8. Comunicar anormalidades ao Médico; 9. Estimular o autocuidado ao paciente; 10. Avaliar frequência de troca.

Ao Técnico de Enfermagem compete:

1ª etapa: Limpeza da lesão:

1. Higienizar as mãos;
2. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Colocar o paciente em posição segura e confortável;
5. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo;
6. Irrigar a lesão com jatos de solução fisiológica a 0,9% utilizando seringa de 20ml;
7. Remover o excesso de exsudato e tecidos desvitalizados com gaze estéril, se necessário;
8. Secar com gaze somente a região periférica da ferida;
9. Desprezar todo material utilizado em lixo apropriado;
10. Escolher o tamanho da placa que melhor se adapte a região, excedendo a ferida em pelo menos 3cm recortando com tesoura o excesso de placa.
11. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar, conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

2ª etapa: Aplicação do curativo:

1. Colocar o curativo hidrocoloide sobre a ferida, moldando e fixando-o
2. Pressionar levemente o curativo com as mãos para garantir uma maior durabilidade (conceito de adesivo por pressão).

3ª etapa: Remoção do curativo

1. Levantar uma extremidade do curativo e, delicadamente, removê-lo pressionando a pele adjacente para evitar traumas ao tecido;
2. Limpar a ferida antes da aplicação do novo curativo.

4ª etapa: Intervalos de trocas:

1. A placa de hidrocoloide deve ser trocada se houver extravasamento de exsudato e/ou gel, desprendimento das bordas ou deslocamento do curativo;
2. Pode permanecer na ferida por até 07 dias, dependendo da quantidade de exsudato;

	3. A necessidade da frequência da troca deve ser avaliada pelo Enfermeiro.
OBSERV AÇÕES	✓ Não utilizar curativo hidrocoloide em lesões exsudativas. ✓ Em caso de alergia, sinais de infecção (odor característico e alteração na cor do exsudato), febre ou sensibilidade ao toque e eritema na área da ferida, suspender o uso e informar ao Médico.

POP 086 - CURATIVOS COM COBERTURA DE FILME DE POLIURETANO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITOS	Curativo filme transparente de poliuretano recoberto por um adesivo hipoalergênico. Indicado para: • Úlceras de pressão de estágios I e II pouco exsudativas; Debridamento autolítico de feridas; • Curativo secundário sobre gaze, alginato e hidrocoloide; • Feridas cirúrgicas fechadas e limpas; • Proteção da pele íntegra em pacientes com propensão para escaras; • Dermoabrasões, áreas doadoras de enxerto e feridas cirúrgicas e não-drenantes; • Fixação de catéteres. Tem por objetivo permitir a passagem de gases e vapores, favorecer a respirabilidade da pele impermeabilizando a passagem de água e bactérias e facilitar a visualização da lesão.
RECURSOS	1. Gaze estéril; 2. Soro fisiológico 0,9%; 3. Luvas de procedimento; 4. Luvas estéreis; 5. Biombo. 6. Filme de poliuretano.
MÉTODO	1. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 1. Orientar a equipe de enfermagem quanto ao cuidado com o curativo de poliuretano; 2. Avaliar o aspecto da lesão; 3. Prescrever troca de curativo. Ao Técnico de Enfermagem compete: 1. Higienizar as mãos; 2. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente;

	3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Colocar o paciente em posição segura e confortável; 5. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Realizar tricotomia utilizando lâmina, se necessário; 8. Retirar e desprezar luvas de procedimento em lixo apropriado; 9. Abrir pacote de gaze e umedecer com soro fisiológico; 10. Calçar luva estéril; 11. Realizar limpeza da pele e/ou lesão com gaze umedecida, conforme orientação do Enfermeiro; 12. Secar local a ser instalado o filme com gaze seca; 13. Desprezar as gazes utilizadas em saco de lixo apropriado; 14. Escolher o tamanho adequado do filme de poliuretano; 15. Instalar filme abrindo as abas de acordo com orientação do fabricante impressa no invólucro; 16. Modelar filme aos contornos da pele; 17. Retirar e desprezar luva estéril em lixo apropriado, bem como as gazes utilizadas; 18. Aplicar e identificar a tira com data e nome do profissional que aplicou; 19. Deixar o paciente seguro, confortável; 20. Recolher o material; 21. Higienizar as mãos; 22. Realizar as anotações de enfermagem, assinar e carimbar, conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 23. Manter a unidade em ordem.
OBSERV AÇÕES	✓ Usar somente em pele limpa e seca. ✓ Não usar sobre catéteres e feridas infectadas, feridas profundas ou Altamente exsudativas. ✓ Trocar em 07 dias. ✓ Observar o local para avaliar a presença de sinais de infecção, alergia, umidade: comunicar ao Enfermeiro sobre alterações.

POP 087 - CUIDADOS COM TRAÇÃO ORTOPÉDICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A Tração ortopédica tem o objetivo de alinhar o osso através de uma ação cuidadosa e firme de tracioná-lo para prevenir deformidades e aliviar a dor. Ela alonga diretamente o sistema esquelético através de fios, pinos e ferros colocados no interior ou ao longo dos ossos e é mantida até que a fratura tenha se tornado aderente e cause menos dor.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Coxins; 3. Óleo para hidratação cutânea; 4. Imobilizador; 5. Férula.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Observar sinais flogísticos, ruptura de tecido como lesões, abrasões, principalmente próximas ao local da inserção das fixações. Ao Enfermeiro compete: 1. Avaliar o nível da dor, devido aos espasmos musculares e parestesias; 2. Avaliar força motora do membro; 3. Avaliar o risco de lesão cutâneo; 4. Orientar a equipe de enfermagem quanto a posição e cuidados com tração; 5. Orientar quanto às manipulações e mudanças de decúbito. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Higienizar as mãos; 2. Calçar luvas de procedimento; 3. Proporcionar ambiente privativo ao paciente utilizado o biombo; 4. Observar quanto à presença de úlceras na região de maior pressão; 5. Manter paciente devidamente alinhado no leito;

	6. Manter a tração sempre contínua, inclusive durante higiene; 7. Realizar mudança de decúbito conforme limitação do paciente e sob orientação do Enfermeiro; 8. Realizar massagem de conforto com óleo em proeminências ósseas como calcâneo, trocânteres e sacral; 9. Observar sinais de ruptura de tecido cutâneo, se presença comunicar ao Enfermeiro ou Médico; 10. Utilizar coxins para redução de atrito tanto com a cama quanto coxofemoral e/ou genital; 11. Avaliar os locais dos pinos à procura de sinais de inflamação e infecção, se presença comunicar ao Enfermeiro; 12. Proceder a limpeza e desinfecção do local, fazendo curativos diários; 13. Retirar luvas de procedimento; 14. Higienizar as mãos; 15. Deixar a unidade em ordem; 16. Registrar no prontuário a data, a hora, a característica da pele e posição da tração; 17. Realizar as anotações de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter tração contínua, inclusive durante higiene. ✓ Observar perfusão periférica e temperatura de extremidades. ✓ Alterações de sensibilidade, ou mudança de coloração do membro: avisar ao Enfermeiro ou Médico da unidade; ✓ Presença de edemas, diminuição da perfusão periférica, sensibilidade do membro e extremidades frias: Avisar ao Enfermeiro e Médico para intervenção.
POP 088 - PREVENÇÃO DE QUEDAS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria

	altura, da maca/cama ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras higiênicas, banheiras, trocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário. ✓ Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo. ✓ Dano ou Lesão: sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode assim, ser físico, social ou psicológico. ✓ Avaliação do Risco de Queda: Fatores predisponentes específicos que aumentem o risco de queda.
RECURSOS	Macas e camas com grades.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 1. Implantar medidas para prevenção de queda conforme caso; e se necessário; 2. Deitar o paciente em camas com grades elevadas; 3. Priorizar o atendimento médico; 4. Orientar pacientes e acompanhantes; 5. Carimbar ficha com “risco de queda”; 6. Orientar Auxiliar/Técnico de Enfermagem sobre o risco e as medidas de prevenção prescrita; 7. Adequar os horários de medicamentos que causam sonolência; 8. Avaliar todos os pacientes, assim que entrar na sala; 9. Orientar equipe de Enfermagem; 10. Manter grades elevadas e rodas travadas. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Realizar as medidas para prevenção de queda de acordo com a prescrição de enfermagem; 2. Realizar anotação de enfermagem com as orientações fornecidas e medidas implantadas; 3. A cada plantão, orientar e checar se o paciente tem acompanhante; 4. Encaminhar paciente ao leito e comunicar ao Enfermeiro para avaliação do estado geral do paciente; 5. Verificar sinais vitais.
OBSERVAÇÕES	✓ Avaliação de risco de queda. ✓ Identificação do paciente no prontuário. ✓ Placa indicativa para risco de queda.

	✓ Travamento das rodas da cama. ✓ Identificação para piso molhado. ✓ Elevação das grades de proteção. ✓ Solicitar a presença de um acompanhante sempre que se fizer necessário, 24 horas por dia, principalmente se o paciente for maior de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (2011) e ou apresentar quadro de confusão mental, agitação psicomotora. ✓ Na falta de acompanhante, acionar o Serviço Social para solicitar a presença de acompanhante, informando a necessidade devido ao risco de quedas.
--	---

POP 089 - CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A contenção mecânica do paciente tem o objetivo de proteger o paciente com alterações de comportamento contra lesões e traumas (quedas, contaminação de dispositivos, feridas, dentre outros) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido. Visa a integridade física e psíquica dos pacientes e dos profissionais de saúde que lhe prestam assistência de modo humanizado.
RECURSOS	1. Lençóis; 2. Faixas elásticas; 3. Coletes; 4. Cama com grade; 5. Atadura de crepe.
MÉTODO	➤ Restrição por meio de lençóis com restrição de ombros: 1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 3. Dobrar o lençol em diagonal, até formar uma faixa de 25cm de largura; 4. Colocar a faixa sob as costas do paciente, passando pelas axilas, cruzando sob o travesseiro e amarrando na cabeceira da cama; 5. Lavar as mãos; 6. Anotar no prontuário. ➤ Restrição do abdome: 1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 3. Dobrar 02 lençóis de forma longitudinal (ao comprido) ou diagonal cada um, até formar uma faixa de 25cm de largura; 4. Colocar uma faixa sobre o abdome do paciente e a outra sob a região lombar; 5. Torcer juntas as pontas do lado direito dos lençóis, amarrando-as no estrado do leito; 6. Repetir o mesmo procedimento para o lado esquerdo;

	7. Lavar as mãos; 8. Anotar no prontuário. ➤ Restrição dos joelhos: 1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 3. Dobrar o lençol em diagonal; 4. Colocar sob o joelho do paciente; 5. Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo; 6. Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito, amarrando as extremidades livres no estrado do leito; 7. Lavar as mãos; 8. Anotar no prontuário. ➤ Restrição de membros superiores e inferiores com atadura de crepe: 1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 3. Colocar o membro do paciente em posição anatômica; 4. Adaptar a atadura de crepe no membro, deixando sobrar uma ponta; 5. Realizar o enfaixamento do membro, que terá duas finalidades: a) Proteção do membro; b) Restrição do membro; 6. Amarrar as pontas das ataduras após o enfaixamento; 7. Amarrar a ponta da atadura no estrado da cama; 8. Lavar as mãos; 9. Anotar no prontuário.
OBSERV AÇÕES	✓ A contenção mecânica deverá ser prescrita pelo Enfermeiro ou Médico. ✓ Explicar a indicação da contenção mecânica ao cliente e/ou familiar, esclarecendo o caráter não punitivo. ✓ Empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro em situações de urgência e emergência.

	✓ Realizar a contenção mecânica somente quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Em nenhum caso deverá ser prolongada além do período necessário para o fim previsto. ✓ É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou equipe de saúde. ✓ Monitorar atentamente o paciente para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou identificá-los precocemente. Monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos dos pacientes, verificados com regularidade nunca superior a 1(uma) hora, principalmente pacientes sob sedação, sonolentos, idosos, crianças e adolescentes. ✓ Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões e sua duração, ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, deve ser registrados no prontuário do paciente.
--	---

POP 090 - AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO DO PACIENTE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de promover a deambulação precoce do paciente, estimulando seu rápido restabelecimento e ou prevenindo complicações.
RECURSOS	1. Vestuário adequado; 2. Calçado adequado; 3. Escadinha.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 1. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será auxiliado na deambulação, de sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados; 2. Planejar o procedimento; 3. Orientar a equipe na realização do auxílio na deambulação do paciente no leito; 4. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento; 5. Orientar ao paciente e/ou acompanhante quanto aos cuidados com drenos, bolsas coletoras e sistema para infusão intravenosa. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Higienizar as mãos; 2. Descobrir o paciente sem deixá-lo exposto; 3. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema para infusão intravenosa; 4. Levar suporte de soro para perto do leito; 5. Solicitar ao paciente para sentar-se na cama e aguardar 1 ou 2 minutos antes de levantar, observar se há alguma alteração. Se houver alguma alteração no estado do paciente comunicar ao Enfermeiro; 6. Posicionar-se em frente ao paciente e solicitar que o mesmo apoie em seu ombro;

	7. Colocar as mãos na cintura do paciente e ajudá-lo a ficar em pé com auxílio de uma escadinha; 8. Observar as reações do paciente (caso apresentar mal estar, sentá-lo novamente); 9. Colocar os sistemas de infusão venosa e/ou drenagem no suporte; 10. Auxiliá-lo na deambulação, segurá-lo pelo braço; 11. Caminhar ao lado do paciente até que o mesmo se sinta seguro para andar sozinho; 12. Ficar atento ao paciente até que o mesmo retorne ao leito; 13. Higienizar as mãos; 14. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente, colocar horário, procedimento, nome e carimbo (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Afastar os pés amplia a base de apoio do corpo para suportar melhor o peso. Um dos pés deve estar voltado para a direção da ação a ser realizada. ✓ Contrair o abdome e os glúteos e flexionar os joelhos quando precisar abaixar-se. ✓ Contrair o abdome e os glúteos e flexionar os joelhos e os quadris quando precisar inclinar-se. ✓ Carregar objetos pesados junto ao corpo para evitar lesões musculares. ✓ Usar os músculos dos braços e das pernas (mais longos e mais fortes) para evitar tensão excessiva dos músculos dorsais. ✓ Observar o espaço físico, verificando se o mesmo é restrito, se o piso é irregular ou cama sem altura ajustável, dificultando a movimentação ou a transferência do paciente. ✓ Caso ocorra hipotensão e posterior queda, comunicar ao Enfermeiro ou Médico. ✓ Manter o ambiente e iluminação adequados.

POP 091 - POSICIONAMENTO DO PACIENTE NO LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de mobilizar o paciente, para prevenir úlceras de pressão, complicações pulmonares e circulatórias.
RECURSOS	1. Leito; 2. Luvas de procedimento; 3. EPIs conforme precauções padrão ou de acordo com a patologia e/ou vias de transmissão; 4. Lençol móvel; 5. Cobertor; 6. Vestuário adequado; 7. Almofadas e coxins; 8. Biombo.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 1. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será movimentado, de sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados; 2. Planejar o procedimento; 6. Orientar a equipe na realização do posicionamento do paciente no leito; 7. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a importância do posicionamento correto, das mudanças de posição e do exercício das extremidades; 2. Higienizar as mãos; 3. Separar o material; 4. Calçar as luvas de procedimento e vestir o avental, se necessário (pacientes em isolamento ou precaução de contato); 5. Garantir a privacidade do paciente, utilizando biombo.

➤ **Posição de Fawler:**

Promover funcionamento cardíaco e respiratório para alimentar-se, conversar ou realizar eliminação urinária e intestinal.

- a) Cabeceira elevada de 45° a 60°;
- b) Posição alta: cabeceira a 90°;
- c) Posição baixa: cabeceira a 30°;
- d) Apoiar os pés, braços e cabeça com travesseiros.

➤ **Posição supina ou decúbito dorsal:**

- a) Colocar a cabeceira da cama plana;
- b) Deitar o paciente de costas;
- c) Manter a cabeça e ombros levemente elevados com um travesseiro, se não houver contraindicação;
- d) Apoiar braços e joelhos com travesseiros;
- e) Apoiar pés e calcanhares do paciente para evitar extensão contínua dos pés e pressão constante nos calcanhares.

➤ **Posição deitado de lado ou decúbito lateral:**

Alternativa confortável à posição supina para o paciente em repouso ao adormecer, alivia pressão na escápula, no sacro e nos calcanhares e permite pernas e pés flexionados.

- a) Colocar a cabeceira plana;
- b) Virar o paciente de lado no leito;
- c) Flexionar o antebraço e braço que ficam por baixo, em relação à posição do corpo na direção da cabeceira; manter antebraço que fica por cima alinhado ao corpo e flexionar o braço;
- d) Flexionar levemente o joelho que está por baixo e mais ainda o joelho que fica por cima;
- e) Utilizar travesseiros para corrigir posicionamento (sob a cabeça, sob a perna flexionada e sob o braço que fica por cima flexionado para manter o mesmo nível do ombro).

➤ **Posição decúbito ventral parcial ou sims**

- a) Colocar a cabeceira da cama plana;

- b) O paciente é deitado de lado parcialmente sobre o abdome, com o braço voltado para baixo atrás do paciente e o braço voltado para cima flexionado no ombro e cotovelo;
- c) Colocar travesseiros sob a cabeça, sob o braço superior flexionado e sob a perna flexionada.

➤ **Posição pronada**

Previne contraturas de flexão dos quadris e joelhos e é contraindicada para pessoas com problemas de coluna.

- a) Colocar a cabeceira da cama plana;
- b) Com o paciente na posição de decúbito dorsal, role o paciente sobre o braço posicionado perto do corpo, com o cotovelo reto e a mão sob o quadril. Posicione o abdome no centro da cama;
- c) O paciente deita sobre o abdômen com a cabeça virada para o lado;
- d) O corpo fica estendido e os ombros, a cabeça e o pescoço eretos;
- e) Os braços devem ser colocados em alinhamento correto com a cintura escapular; os quadris ficam estendidos e os joelhos impedidos de se flexionarem ou hiper estenderem-se;
- f) Apoiar a cabeça com um travesseiro pequeno ou coloque um travesseiro sob o abdome;
- g) Apoiar as pernas com um travesseiro para elevar os dedos dos pés.

- 4. Deixar o paciente seguro e confortável;
- 5. Retirar as luvas de procedimento e o avental, se utilizado;
- 6. Higienizar as mãos;
- 7. Fazer anotações no impresso de observações de enfermagem, como posição escolhida, motivo, características da pele e circulação periférica;
- 8. Assinar e carimbar.

➤ **Posicionar o paciente em decúbito dorsal**

- 1. Higienizar as mãos;
- 2. Calçar as luvas de procedimento;
- 3. Abaixar as grades da cama;
- 4. Descer o cobertor em formato de leque;
- 5. Soltar o lençol móvel do lado mais próximo do profissional;

	6. Pegar as duas partes do lençol móvel e posicionar sobre o paciente; 7. Subir a grade da cama; 8. Passar para o lado contrário, posicionar-se atrás do paciente e abaixar as grades da cama; 9. Puxar vagarosamente o lençol móvel até o paciente ficar em decúbito dorsal; 10. Deixar o paciente em posição confortável, reposicionando a roupa de cama; 11. Elevar as grades da cama; 12. Deixar o ambiente em ordem; 13. Higienizar as mãos; 14. Realizar a documentação do procedimento no prontuário.
OBSERV AÇÕES	✓ Ao posicionar o paciente, o profissional deve fazê-lo com cautela e, se possível, com a ajuda de outra pessoa. ✓ Atentar para o risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente a fim de evitar acidentes. ✓ Comunicar ao Enfermeiro caso haja queda do leito ou identificada lesão de pele.

POP 092 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA O LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de realizar de maneira adequada o transporte do paciente em diferentes situações.
RECURSOS	1. Leito previamente arrumado; 2. Cadeira de rodas; 3. Escadinha; 4. Cadeira; 5. Lençol móvel; 6. Luvas de procedimento, se necessário; 7. Vestiário e calçado adequado.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 3. Determinar a necessidade de ajuda dos funcionários; 4. Providenciar a montagem do leito conforme a rotina; 5. Acomodar adequadamente o paciente no leito; 6. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente; 7. Verificar se o espaço físico é adequado para não restringir os movimentos; 8. Avaliar e supervisionar a técnica. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: Passar o paciente da cama para cadeira 1. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, solicitando a colaboração do mesmo, se tiver em condições; 2. Higienizar as mãos; 3. Preparar a cadeira comum ou cadeira de rodas; 4. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 5. Descobrir o paciente sem deixá-lo exposto; 6. Posicionar a cadeira paralelamente à cama; 7. Travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la; 8. Assentar o paciente na cama ou auxiliá-lo a assentar-se;

9. Observar o estado geral do paciente (caso apresente mal estar, deitá-lo novamente);
10. Calçar ou auxiliar o paciente a calçar o chinelo;
11. Levantar o paciente, solicitar que apoie as mãos no seu ombro e segurá-lo pela cintura;
12. Virar ou solicitar que o paciente se vire e assentá-lo na cadeira;
13. Posicionar o paciente confortavelmente, agasalhando-o com uma manta ou cobertor, se necessário;
14. Posicionar corretamente drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
15. Verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário;
16. Deixar o ambiente em ordem;
17. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local adequado;
18. Higienizar as mãos;
19. Registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento;
20. Assinar e carimbar.

Passar o paciente da cadeira para a cama

1. Explicar o procedimento ao paciente, solicitando a colaboração do mesmo, se estiver em condições;
2. Higienizar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimento, se necessário;
4. Elevar a cabeceira do leito a 75°;
5. Posicionar a cadeira paralelamente junto aos pés da cama;
6. Travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la;
7. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
8. Levantar ou auxiliar o paciente a se levantar, segurando-o pela cintura e solicitando que apoie no seu ombro;
9. Pedir ao paciente que suba na escadinha;
10. Assentar ou ajudar o paciente a se assentar na cama;
11. Tirar o chinelo do paciente;
12. Deitar (se o mesmo desejar), abaixar a cabeceira do leito e deixá-lo confortável;

	13. Posicionar corretamente os drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; 14. Verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário; 15. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; Para pacientes dependentes 1. Higienizar as mãos; 2. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 3. Encostar a cadeira ou cadeira de rodas à lateral do leito e certificar-se que as rodas estejam travadas; 4. Um profissional deve abraçar o paciente pelas costas, cruzando os braços sobre o seu tórax; 5. Outro profissional deve segurar as duas pernas. Simultaneamente, os dois profissionais devem levantar o paciente da cadeira/cadeira de rodas e colocá-lo no leito ou vice-versa, para depois acomodá-lo no centro da cama ou na cadeira/cadeira de rodas; 6. Deixar o paciente em posição confortável; 7. Levantar as grades da cama; 8. Deixar o ambiente em ordem; 9. Higienizar as mãos; 10. Realizar a documentação do procedimento no prontuário.
OBSERV AÇÕES	✓ Nunca se esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura. ✓ Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da cadeira para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. ✓ O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou queda. ✓ Os equipos, drenos e sondas presentes no paciente deverão estar clampeados durante toda a transferência e deverão ser desclampeados posteriormente. ✓ Sempre que for estimular a saída do paciente do leito, seja para deambular ou para sentar-se em cadeira, aguarde alguns minutos com o paciente sentado, para observar se ele não apresentará alterações como lipotímia, dispnéia, síncope, palidez ou qualquer tipo

	de mal estar ou desconforto que comprometam sua saúde, caso apresente, deite-o novamente e comunique ao Enfermeiro e/ ou Médico. ✓ Atentar para risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente, caso ocorra queda, comunicar ao Enfermeiro. ✓ Ao movimentar o paciente, não mover o local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc). ✓ Paciente em uso de soroterapia não tracionar o equipo, para que a agulha ou catéter não se desloque e para evitar desconexão, caso haja desconexão dos catéteres, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

POP 093 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA CADEIRA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de realizar de maneira adequada o transporte do paciente em diferentes situações.
RECURSOS	1. Cadeira; 2. Luvas de procedimento, se necessário; 3. Vestuário adequado; 4. Calçado adequado;
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 1. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente; 2. Determinar a necessidade dos números de funcionários para o procedimento; 3. Avaliar as condições clínicas e físicas do paciente. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Apresentar-se ao paciente e ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, solicitando a colaboração do mesmo, se tiver em condições; 3. Higienizar as mãos; 4. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 5. Posicionar uma cadeira paralelamente a outra; 6. Travar as rodas da cadeira e solicitar alguém para segurá-la; 7. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa, tomando os devidos cuidados com os mesmos; 8. Levantar o paciente, solicitar que apoie as mãos no seu ombro e segurá-lo pela cintura; 9. Auxiliar o paciente a sentar-se na outra cadeira; 10. Posicionar o paciente confortavelmente, agasalhando-o com uma manta ou cobertor, se necessário; 11. Posicionar corretamente drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; 12. Verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário; 13. Deixar o ambiente em ordem;

	14. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local adequado; 15. Higienizar as mãos; 16. Registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento; 17. Assinar e carimbar. Para pacientes dependentes 1. Higienizar as mãos; 2. Usar luvas de procedimento; 3. Um profissional deve abraçar o paciente pelas costas, cruzando os braços sobre seu tórax; 4. Outro profissional deve segurar as duas pernas. Simultaneamente os dois profissionais devem levantar o paciente da cadeira e colocá-lo em outra cadeira; 5. Deixar o paciente em posição confortável; 6. Deixar o ambiente em ordem; 7. Higienizar as mãos; 8. Realizar a documentação do procedimento no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ Nunca se esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura; ✓ Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da cadeira para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. ✓ O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou quedas. ✓ Sempre que for estimular a saída do paciente do leito, seja para deambular ou para sentar-se em cadeira aguarde alguns minutos com o paciente sentado, para observar se ele não apresentará alterações como lipotímia, dispneia, síncope, palidez ou qualquer tipo de mal estar ou desconforto que comprometam sua saúde, caso presente, deite-o novamente e comunique ao Enfermeiro e/ ou Médico. ✓ Atentar para risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente, caso ocorra queda, comunicar ao Enfermeiro.

	✓ Ao movimentar o paciente, não mover o local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc). ✓ Paciente em uso de soroterapia não tracionar o equipo, para que a agulha ou catéter não se desloque e para evitar desconexão, caso haja desconexão dos catéteres, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

POP 094 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DO LEITO PARA A MACA E DA MACA PARA O LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de orientar de maneira adequada para o transporte do paciente em diferentes situações.
RECURSOS	1. Maca; 2. Luvas de procedimento, se necessário; 3. Lençol móvel; 4. Vestuário adequado.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 3. Providenciar a montagem do leito conforme a rotina; 4. Receber o paciente no leito; 5. Acomodar adequadamente o paciente no leito; 6. Avaliar as condições de uso da maca; 7. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente; 8. Determinar a necessidade dos números de funcionários para o procedimento; 9. Avaliar as condições clínicas e físicas do paciente. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Identificar o paciente a ser transportado; 2. Solicitar auxílio de mais três profissionais; 3. Higienizar as mãos; 4. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 5. Descobrir o paciente sem deixá-lo exposto; 6. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; 7. Desprender o lençol móvel e enrolar as pontas até bem próximo do paciente; 8. Clampear os drenos, sondas ou soros, se houver, e colocá-los sobre o paciente; 9. Para transportar o paciente com o auxílio do lençol: a) Aproximar a maca e cama paralelamente entre si;

	b) Posicionar duas pessoas de cada lado da cama/maca; c) Segurar o lençol de maneira que os braços dos transportadores fiquem alternados no meio e a cabeça do paciente apoiada; d) Passar o paciente em um só movimento para a cama ou maca (um membro da equipe conta até três em voz alta e toda a equipe move o paciente no três); 10. Para transportar o paciente sem o auxílio do lençol: a) Posicionar a maca paralelamente à cama; b) Posicionar-se ao lado da cama/maca; c) Verificar a presença de tubos, drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; d) Oferecer apoio à região torácica, região lombar e o terço inferior das coxas do paciente; e) Elevar o paciente e com um movimento simultâneo transportá-lo cuidadosamente para a maca ou cama; 11. Desclampear, conferir e posicionar soros, drenos e sondas, se houver; 12. Posicionar o paciente de forma segura e confortável; 13. Deixar o leito em ordem e retirar a maca; 14. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado; 15. Higienizar as mãos; 16. Registrar no prontuário a data, hora, para onde o paciente foi encaminhado (exames, transferência) ou sua procedência; 17. Assinar e carimbar.
OBSERV AÇÕES	✓ Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da maca para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. ✓ O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou quedas. ✓ Certificar-se que o lençol móvel oferece resistência necessária para o transporte do paciente até a maca, preservando sua segurança. ✓ Os equipo, drenos e sondas presentes no paciente deverão ser clampeados durante toda a transferência e deverão ser desclampeados posteriormente.

	✓ Sempre que for estimular a saída do paciente do leito, seja para deambular ou para sentar-se em cadeira aguarde alguns minutos com o paciente sentado, para observar se ele não apresentará alterações como lipotímia, dispnéia, síncope, palidez ou qualquer tipo de mal estar ou desconforto que comprometam sua saúde, caso presente, deite-o novamente e comunique ao Enfermeiro. ✓ Atentar para risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente, caso ocorra queda, comunicar ao Enfermeiro. ✓ Ao movimentar o paciente, não mover o local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc.). ✓ Paciente em uso de soroterapia não tracionar o equipo, para que a agulha ou catéter não se desloque e para evitar desconexão, caso haja desconexão dos catéteres, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

POP 095 - TROCA DE ROUPA DE CAMA COM PACIENTE NO LEITO – CAMA ABERTA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de proporcionar conforto, higiene e segurança ao paciente. A arrumação do leito consiste em: • Cama aberta: quando está ocupada por paciente; • Cama fechada: quando o leito está vago; • Cama de operado: quando está aguardando o retorno do paciente do centro cirúrgico.
RECURSOS	1. Lençol impermeável; 2. Lençóis; 3. 01 Cobertor, se necessário; 4. 01 Lençol para móvel; 5. Rolo para costas (se necessário).
MÉTODO	1. Higienizar as mãos; 2. Colocar a roupa na mesa de cabeceira; 3. Explicar o procedimento ao paciente, se consciente; 4. Colocar o hamper próximo à cama; 5. Desprender a roupa do leito, do lado do paciente e depois vir e ir soltando do outro lado; 6. Colocar o paciente em decúbito dorsal protegido com o lençol de cima; 7. Enrolar o forro e lençol de baixo separadamente até o meio da cama e sob o corpo do paciente; 8. Substituir o lençol de baixo e o forro pela roupa limpa; 9. Virar o paciente para o lado pronto, nunca o expondo; 10. Passar para o lado oposto; 11. Retirar a roupa usada, retirar as luvas e esticar os lençóis limpos, prendendo-os e fazendo cantos; 12. Higienizar as mãos.
OBSERVAÇÕES	✓ Se o paciente for totalmente dependente, a troca de cama deve ser feita por duas pessoas. ✓ O leito deve ser trocado quantas vezes forem necessárias durante o plantão; ✓ O leito deve ser preparado de acordo com a sua finalidade;

	✓ Abrir as portas e janelas antes de iniciar o trabalho; ✓ Utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas; ✓ Não sacudir as roupas de cama; ✓ Não arrastar as roupas de cama no chão; ✓ Usar hamper ou sacos apropriados.
--	--

POP 096 - PREPARO DA CAMA HOSPITALAR – CAMA FECHADA E CAMA DE OPERADO	
AGENTE S	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de aguardar a admissão do paciente. Proporcionar conforto e adequado acolhimento na admissão do paciente.
RECURSOS	1. 01 Lençol móvel; 2. Lençóis; 3. 01 Cobertor; 4. 01 lençol impermeável (para cama de operado).
MÉTODO	➤ Cama Fechada: 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir todo o material e levar à unidade do paciente; 3. Estender o lençol sobre o leito; 4. Fazer o canto da cabeceira, prender o centro e fazer o canto dos pés; 5. Estender o lençol móvel dobrado no meio da cama; 6. Estender o lençol de cima e o cobertor quando necessário, prendendo-os nos pés e fazer o canto; 7. Fazer a vira do lençol de cima. ➤ Cama de Operado: 8. O leito do operado é igual ao leito fechado, acrescentando um lençol dobrado em pregas, na cabeceira do leito próximo ao lençol móvel; 9. Este leito terá as roupas soltas nos pés, exceto o lençol de baixo; 10. O lençol de cima e o cobertor deverão ser dobrados na parte da cabeceira e dos pés, deixando-os enrolados lateralmente; 11. Após deitar o paciente operado, cobri-lo e prender as peças da cama que estavam soltas fazendo cantos; 12. Higienizar as mãos.
OBSERVAÇÕES	✓ O leito deve ser preparado de acordo com a sua finalidade. ✓ Abrir as portas e janelas antes de iniciar o trabalho. ✓ Utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas. ✓ Não sacudir as roupas de cama. ✓ Não arrastar as roupas de cama no chão. ✓ Usar hamper ou sacos apropriados.

POP 097 - PREPARO DO CORPO PÓS-ÓBITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Promover a preparação adequada do corpo pós-óbito para a realização do transporte e sepultamento, mantendo o corpo limpo e identificado, evitando perda de secreções e excreções e posicionando o corpo adequadamente antes de ocorrer a rigidez cadavérica.
RECURSOS	1. Luvas de procedimento; 2. Biombo; 3. Hamper; 4. Cobertura para óbito (mortalha); 5. Atadura de crepe.
MÉTODO	Ao Enfermeiro competente: 1. Supervisionar e orientar a equipe quanto à técnica de preparo do corpo pós-óbito, realizada pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem; 2. Orientar preenchimento de etiqueta de identificação de óbito em 4 (quatro) vias: 1 (uma) para recepção, 1 (uma) para o prontuário, 1 (uma) para o corpo, 1 (uma) para a parte externa da cobertura do corpo). Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente: 1. Checar o nome do leito e paciente; 2. Higienizar as mãos; 3. Reunir o material e encaminhar até a unidade do paciente; 4. Colocar o biombo ao redor do leito; 5. Calçar as luvas de procedimento; 6. Colocar o paciente em posição supina com braços para o lado e palma das mãos para baixo; 7. Retirar adornos tais como: anéis, brincos, joias, prótese dentária quando o paciente fizer uso, identificando-o e entregando à família e/ou responsável, entregando e pedindo para quem recebeu assinar ficha de entrega de pertences e deixar em anexo em prontuário; 8. Retirar drenos, sondas catéteres e realizar curativo compressivo quando necessário; 9. Realizar higiene do corpo; 10. Identificar o corpo com etiqueta corretamente preenchida com: nome, idade, hora do óbito, conforme rotina da Instituição;

	11. Envolver o corpo com a cobertura própria para o óbito; 12. Encaminhar o corpo para o morgue; 13. Retirar as luvas de procedimento; 14. Realizar a higienização das mãos; 15. Fazer anotações de enfermagem.
OBSERV AÇÕES	✓ Certificar-se do óbito constatado pelo Médico, inclusive realizado eletrocardiograma. ✓ Manutenção da privacidade do paciente. ✓ Manter pálpebras fechadas. ✓ Identificação correta com etiqueta de identificação, comunicando ao Enfermeiro da unidade.

POP 098 - PERTENCES DO PACIENTE	
AGENTES	Assistente Social, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Efetuar a devolução dos pertences na admissão do paciente.
RECURSOS	Relatar a entrega dos pertences em prontuário do paciente.
MÉTODO	1. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 2. Observar o uso de prótese, dinheiro, roupas, etc.; 3. Reunir todos os pertences junto ao familiar responsável e embalar em saco plástico, entregando ao responsável; 4. Solicitar que o responsável assine no prontuário que recebeu os pertences, devendo ser listado tudo o que for entregue; 5. Se não houver nenhum familiar, entregar os pertences identificados para o Assistente Social, devidamente identificado.
OBSERVAÇÕES	✓ Orientar os familiares e acompanhantes que a Enfermagem/Administração não se responsabilizam por nenhum tipo de perdas de objetos/vestimentas durante a permanência do paciente no Pronto-Socorro.

km

POP 099 - MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITOS	Limpeza: é o primeiro passo para o reprocessamento de artigos, e está intimamente ligada a qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Desinfecção: é um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos. Esterilização: é o processo de destruição de todas as formas vegetativas e esporuladas, fungos e vírus, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos. Manuseio e preparo de materiais: Fluxo Área suja: Recepção de artigos → Lavagem → Secagem → Inspeção visual → Separação Área limpa: Preparo → Esterilização → Armazenamento → Distribuição A limpeza/desinfecção/esterilização tem o objetivo de prevenir a transmissão de microorganismos.
RECURSOS	Artigos críticos: são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e, portanto, possuem alto risco para aquisição de infecção. Necessitam estar livres de: bactérias vegetativas, bacilos de tuberculose, fungos, vírus e esporos bacterianos. Estes artigos são agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, catéteres urinários, etc. Artigos semi-críticos: são artigos que entram em contato com membrana, mucosa íntegra ou pele não íntegra e devem ser livres de todos os microorganismos, com exceção de elevado número de esporos bacterianos. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamento de terapia respiratória, CPAP, máscaras e extensões de inalação etraqueais. Artigos não críticos: são aqueles que entram em contato apenas com pele íntegra ou não entram em contato com pacientes e apresentam

	baixo risco de transmissão de infecção. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Como exemplo nessa categoria estão comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelho de pressão, termômetros, etc.
MÉTODO	Artigos críticos: 1. Requerem esterilização por meios físicos (autoclave), químico (glutaraldeído e ácido peracético) ou físico-químico(Óxido de Etileno). 2. Higienizar as mãos sempre antes de iniciar o procedimento e após realizar o procedimento; 3. Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPIs). OBS: os dois itens acima devem ser repetidos em todos os procedimentos que serão citados a seguir. 4. Realizar a limpeza manual do material minuciosamente, inicialmente, deixando imerso em detergente enzimático por tempo descrito pelo fabricante; 5. Limpar o material com ajuda de escova e ou esponja macia; 6. Enxaguar abundantemente na água corrente potável; 7. Secar os materiaiscanulados com ar comprimido sob pressão(controlando a saída do ar com fluxômetro), na face interna e na face externa, secar com tecido macio; 8. Embalar em papel grau cirúrgico, conforme a adequação do material; 9. Encaminhar para esterilizar por meio físico (autoclave) ou físico-químico (Óxido de Etileno), para materiais termossensíveis(materiais que sofrem alterações sobre temperaturas elevadas). Artigos Semi-Críticos: 1. Requerem desinfecção de alto nível (destrói todos os microrganismos com exceção de alto número de esporos). Os desinfetantes de alto nível são o glutaraldeído, ácido peracético e Hipoclorito de Sódio 1%; 2. Realizar a limpeza manual conforme descrito acima. 3. Quando ácido peracético:

	a) Ativar o ácido peracético e realizar o teste de efetividade do desinfetante com as tiras reagentes, que devem ser mantidas sobre refrigeração e ou temperatura ambiente, realizadas diariamente pela manhã conforme rotina; b) Enxugar o material conforme descrito acima, criteriosamente, para que não ocorra diluição do ácido peracético, e a consequente inativação do produto antes do tempo estimado de aproximadamente 15 dias, após a ativação; c) Imergir o material por completo no ácido peracético a 0,2%; d) Cronometrar 10 minutos para desinfecção de alto nível, conforme orientação do fabricante; e) Enxaguar abundantemente com água; f) Secar conforme descrição acima; g) Embalar em plástico e selar as bordas. 4. Quando Hipoclorito de Sódio 1%: a) Imergir o material em solução de Hipoclorito de Sódio 1%; b) Deixar o material imerso por 30 minutos; c) Enxaguar abundantemente com água; d) Secar conforme descrição acima; e) Embalar em plásticos e selar as bordas. Artigos não críticos: 1. Requerem apenas limpeza com água e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível (elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não elimina microbactéria). Ex.: desinfetante de nível intermediário: álcool a 70%.
OBSERV AÇÕES	✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 2,5% para 1%: 500 ml de Hipoclorito de Sódio a 2,5 para 2000ml de água potável; ✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 1% para 0,5%: 1000 ml de Hipoclorito de Sódio 1% para 1000 de água potável; ✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 6% para 1%:

	400 ml de Hipoclorito de Sódio a 6% para 8 litros de água potável; ✓ Trocar a cada 24 horas. ✓ Identificar com rótulo a solução: data, horário, validade e assinatura. Recomendações de uso para hipoclorito: Superfícies limpas: solução 0,025% por 10 minutos Artigos de lactário e cozinha: 0,020% por 60 minutos Artigos de inaloterapia e oxigenoterapia: 1% por 30 minutos
--	--

POP 100 - PROCESSAMENTO PARA DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMI CRITICOS DE INALOTERAPIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Padronizar o processamento de desinfecção dos artigos, visando a descontaminação do material.
RECURSOS	✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 1% para 0,5%: 1000 ml de Hipoclorito de Sódio 1% para 1000 de água potável; ✓ Diluição para transformar o Hipoclorito de 2,5% para 1%: 500 ml de Hipoclorito de Sódio a 2,5% para 2000 ml de água potável; a fórmula de diluição: $C^1 \times V^1 = C^2 \times V^2$, onde C^1 é a concentração disponível, V^1 é o volume desejado, C^2 concentração desejada e V^2 volume disponível. (OPPERMANN, 2003)
MÉTODO	1. Separar o material necessário: - EPI (avental impermeável, mascara, touca, óculos, e luva de auto-proteção) - Solução de hipoclorito 1% - Solução de água e detergente - Recipiente opaco com tampa - Compressa ou pano limpo e seco - Seringa de 20ml 2. Colocar EPI 3. Desconectar as peças (mascaras, copinho, tampas e chicote) 4. Lavar com detergente padronizado e água, retirando resíduos biológicos, injetar água e detergente na luz do tubo, com ajuda de uma seringa de 20ml 5. Enxaguar as peças e o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna. 6. Colocar para escorrer 7. Secar com pano limpo e seco 8. Colocar os materiais imersos por 30 minutos em solução de Hipoclorito de Sódio 0,5%, em recipiente opaco com tampa.

Cam

	9. Retirar as peças da solução com luva e/ou pinça longa e enxaguar os materiais rigorosamente em água corrente abundantemente, injetando com seringa de 20ml na luz do tubo; 10. Colocar para escorrer 11. Secar com pano limpo e seco 12. Colocar o material montado em saco transparente não reutilizável, com data do processamento 13. Armazenar em local determinado em cada unidade. 14. Identificar com etiqueta, data e hora o nome do funcionário responsável pelo processamento. 15. Manter a área limpa e organizada.
OBSERV AÇÕES	✓ O material para processamento deverá ser colocado no recipiente de uma só vez para podermos respeitar o tempo de 30 minutos. ✓ A troca de solução deverá ser feita a cada 24 horas com uso de EPIs (óculos, avental, luvas de auto-proteção). ✓ Identificar com data e nome do funcionário responsável pela troca. ✓ Data de validade do processamento é de 7 dias, sendo que após esse período o material devera ser reprocessado independente de seu uso; ✓ Desgaste material que apresente desgaste/ mal funcionamento.

POP 101 - HIGIENIZAÇÃO DE COMPADRE E COMADRE	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Remoção da sujidade presente nos artigos hospitalares, com o objetivo de limpeza dos artigos e maior conforto ao paciente.
RECURSOS	1. Comadre/compadre; 2. Detergente líquido; 3. Esponja.
MÉTODO	1. Desprezar o conteúdo (dejetos) no expurgo e colocar água corrente para retirada do excesso; 2. Após desprezar os dejetos, colocar de molho na água e sabão em balde de uso exclusivo por 30 minutos; 3. Após lavar em água corrente, deixar de molho no balde com solução de Hipoclorito 1% por 30 minutos; 4. Após lavar com água corrente, secar e embalar com saco plástico próprio e colocar etiqueta: "Higienizado com data". 5. Oferecer ao paciente na embalagem e abrir na frente do mesmo. 6. Usar EPIs (óculos, avental, luva e máscara).
OBSERVAÇÕES	✓ Organizar os materiais após a limpeza.

POP 102 - ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE DISPOSITIVOS				
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem			
CONCEITO	Consiste na limpeza e troca periódica de dispositivos e acessórios utilizados no ambiente hospitalar. Temos a necessidade de conhecer a vida útil desses materiais para não submeter os pacientes a um maior risco de aquisição de infecções hospitalares.			
RECURSOS	Específicos de cada paciente.			
MATERIAL	REPROCESSAMENTO		TRO	OBSERVAÇÃO
	MÉTO	TÉCNIC		
Água estéril do nebulizador/umidificador	Descartável	-	A cada 24 horas	Desprezar o líquido, higienizar o material e realizar novo preenchimento.
Almotolias	Limpeza	Água e detergente líquido neutro	Semanal	Utilização de escovas circulares (serpilho). Anotar a data de abertura e manter tampa fechada.
Ambu	Desinfecção de alto nível ou esterilização	Água e detergente neutro/Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min/Autoclave	Entre cada paciente	Manter protegido em embalagens plásticas, junto ao leito. Se não utilizar reprocessar a cada 15 dias.
Avental cirúrgico	Esterilização	Autoclave	Após o uso	-
Bacia/banheira (banho)	Limpeza	Água e	Após	Independen

	za	detergente líquido neutro	o uso	te da doença base
Bandejas de procedimentos	Limpeza	Água e detergente líquido e fricção com álcool 70%	A cada uso	-
Borracha/látex	Descartável	-	Uso único	Análise de custo-benefício para reprocessamento
Braçadeiras de esfigmomanômetro: Nylon	Limpeza/Desinfecção	Água e detergente líquido e fricção com álcool 70%	Entre cada paciente	-
Braçadeiras de esfigmomanômetro: Tecido	Limpeza/Desinfecção	Água e detergente líquido e fricção com álcool 70%	Entre cada paciente	-
Campo cirúrgico	Esterilização	Autoclave	Após o uso	Não pode ser remendado ou cerzido
Cânula de entubação	Descartável	-	Uso único	-
Cânula de Guedel	Desinfecção	Água e detergente líquido e Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	Após o uso	-
Catéter arterial periférico	-	-	Após 5 dias	Evitar coleta de sangue por

				este acesso
Catéter de aspiração traqueal	Descartável	-	Uso único	-
Catéter de Oxigênio e extensão	Descartável	-	Uso único	Descartar na saída do paciente
Catéter Nasoentérico	-	-	6 meses	Recomendação do fabricante
Catéter Nasogástrico	-	-	7 dias	Recomendação do fabricante
Catéter Vascular Central (CVC) - Intracath	-	-	Sem troca programada	Retirar se apresentar sinais flogísticos ou exteriorização
Catéter Venoso Periférico	-	-	96 horas	Trocar sempre que apresentar sinais flogísticos ou exteriorização
Catéter Vesical de Demora	-	-	Sem troca programada	Intervalo pelo fabricante por desgaste: 30 dias
Circuitos respiratórios/umidificadores	Desinfecção de alto nível	Água e detergente líquido/ Hipoclorito de Sódio 1% por 30min./ Autoclave	A cada 7 dias ou caso apresente sujidade visível	Troca a cada paciente
Comadre	Limpeza	Água e detergente líquido	-	-

Compressa cirúrgica	Esterilização	Autoclave	Após o uso	-
Curativo de acesso vascular: Micropore e Esparadrapo	Limpeza	Álcool 70%	A cada 24 horas	trocas antecipadas quando apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido/datar
Filme transparente			A cada 7 dias	
Dispensadores de BAG: sabão líquido e álcool gel	Limpeza	Água e detergente líquido	Diariamente	Parte externa
Equipo (macrogotas, microgotas e de bomba infusora) e dãnula	Descartável	-	A cada 96 horas	Trocar em intervalo menor se houver sujidade visível
Equipos bureta e de administração intermitente de medicamentos (ex.: antibióticos)	Descartável	-	A cada 24 horas	-
Equipo para administração de soluções lipídicas ou hemoderivados	Descartável	-	Após cada infusão	-
Equipo para bomba infusora de dieta enteral	Descartável	-	A cada 24 horas	-
Escova cirúrgica	Descartável	-	Uso cirúrgico	-
Esfigmomanômetro (manguito)	Limpeza	Água e detergente líquido	Quinzenal	Na presença de matéria orgânica ou após o uso em paciente sob precaução de contato

Estetoscópio	Desinfecção	Álcool 70%	Após o uso	-
Extensão do frasco de aspiração (látex ou silicone).	Desinfecção de alto nível	Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	Após o uso	-
Extensão do inalador	Desinfecção (interna e externa)	Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	A cada 24 horas	-
Frasco de aspiração vácuo: vidro ou plástico	Limpeza	Água e detergente líquido	Após o uso	-
Máscara de Nebulização/ Máscara de Venturi/ CPAP Inaladores	Limpeza + Desinfecção	Água e detergente líquido e Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	Após o uso	-
Pró-pé	Descartável	-	Após o uso	-
Protetor ocular – óculos(EPI)	Limpeza	Água e detergente líquido	Após o uso	-
Recipiente para algodão seco e cotonetes/ abaixador de língua	Limpeza	Água e detergente líquido e desinfecção com álcool 70%	A cada 7 dias	-
Sistema de aspiração fechado (Trach-care)	-	-	Conforme fabricante	Troca a qualquer momento se houver quebra de técnica

Superfície dos respiradores + monitores e sensores	Desinfecção	Álcool 70%	24 horas	-
Umidificadores (parede) para nebulização	Desinfecção	Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	24 horas	-
Uripem	Descartável	-	A cada 24 horas	-

POP 103 - PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A transmissão de microrganismos patogênicos no ambiente hospitalar ocorre na maioria das vezes por contato, por vias aéreas e pela exposição a sangue e líquidos corporais. Uma vez que a maior parte das infecções hospitalares tem origem endógena cabe ressaltar que o isolamento reverso ou protetor, cujo objetivo é a prevenção da aquisição de microrganismo proveniente do meio inanimado, é considerado de pouca ou nenhuma utilidade. Tipos de Isolamento: 1. Transmissão por Contato Um microrganismo pode ser transmitido de uma pessoa a outra através do contato com a pele ou mucosa. ➤ Contato Direto Quando um microrganismo é transmitido de uma pessoa a outra através do contato direto da pele, sem a participação de um veículo inanimado, este mecanismo de transmissão é chamado de contato direto. • Microrganismo que possuem elevada infectividade, podendo causar surtos em hospitais, como por exemplo: o vírus da Varicela-Zoster e parasitas como S. scabiei;

- Microrganismos que podem causar consequências graves para os pacientes, como algumas bactérias multirresistentes e Salmonelose;
- Microrganismos ainda não identificados com frequência, cuja transmissão pode levar a uma situação de surto ou se tornarem endêmicos, como é o caso de algumas bactérias multirresistentes.

➤ **Contato Indireto**

Na transmissão por contato indireto, alguns microrganismos podem estar presentes nas superfícies e nos artigos e equipamentos denominados fômites, e a transmissão ocorre pelo contato destes com a pele e mucosas.

2. Transmissão por via aérea ou respiratória

A transmissão de microrganismo por via respiratória pode ser dividida em duas modalidades, a transmissão por gotículas e a transmissão por aerossóis:

➤ **Transmissão por gotículas**

A transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com paciente. A transmissão não ocorre em distâncias maiores por períodos prolongados e nem por partículas suspensas no ar. Como exemplo de doenças transmitidas por via aérea, podemos citar: Doença meningocócica, Coqueluche, Difteria, Caxumba e Rubéola.

➤ **Transmissão por aerossóis**

Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer por horas, e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes, pois são carregadas por corrente de ar.

Poucos microrganismos são capazes de sobreviver nestas partículas, e precauções específicas são necessárias, inclusive cuidados especiais com o ambiente.

Como exemplo de microrganismos transmitidos por aerossóis podemos citar: M. tuberculosis, Vírus do Sarampo e Vírus Varicela-Zoster.

	➤ Transmissão por exposição a sangue e outros líquidos corpóreos A transmissão através de sangue e outros líquidos corpóreos, ocorre pela exposição de pele não íntegra ou mucosa a estes líquidos na presença do agente infectante. Como exemplo: de microrganismos transmitidos por exposição a sangue e líquidos corpóreos podemos citar o HIV, Vírus da Hepatite B, Vírus da Hepatite C, Malária, HTLV I e II, Treponema pallidum e Tripanossomacruzi. O risco de infecção varia de acordo com características próprias do microrganismo e com o tipo e gravidade da exposição.
RECURSOS	• EPIs (luvas, máscara facial, máscara N 95, capote), gorro, óculos, pró-pé. • Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH
MÉTODO	O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de um microrganismo de um paciente portador são ou doente para outro, tanto de forma direta como indireta. Esta prevenção abrange medidas referentes aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde, que podem servir de veículo de transmissão destes microrganismos. Um segundo objetivo é a prevenção de transmissão de microrganismo para o profissional de saúde. A grande maioria das infecções, condições e microrganismo requerem a aplicação de apenas uma categoria de precauções. No entanto, algumas doenças requerem aplicação de mais de uma categoria de precauções. As precauções são divididas em: A) Precaução Padrão (PP); B) Precaução de Contato (PC); C) Precauções Respiratórias para Aerossóis; D) Precauções Respiratórias para Gotículas. A) Precauções Padrão: As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes hospitalizados, independente do seu estado presumível de infecção, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados, ou sob suspeita de contaminação.

As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com:

- Sangue;
- Todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível;
- Pele com solução de continuidade (pele não íntegra);
- Mucosas.

➤ **As Precauções Padrão consistem em:**

1. Lavagem das Mãos

- Antes e após contato com o paciente;
- Após retirar as luvas;
- Entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde existe risco de transferência de patógenos para pacientes ou ambientes.

2. Luvas

- Usar luvas limpas, não estéreis, quando existir possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções, membrana mucosa, pele não íntegra e qualquer item contaminado.
- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ambientais ou de contato com outro paciente.
- Lavar as mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- Trocar as luvas entre um paciente e outro (para colher sangue de vários pacientes, por exemplo), e entre um procedimento e outro no mesmo paciente.

3. Avental

- Usar avental limpo, não estéril, para proteger roupas pessoais e superfície corporal sempre que houver possibilidade de ocorrer respingos de líquidos corporais e sangue.

4. Máscara, Protetor de Olhos, Protetor de Face

- Recomenda-se utilizá-los para a proteção de mucosa dos olhos, nariz e boca durante a realização de procedimentos e atividades que ofereçam risco de respingos de sangue e líquidos corporais.

5. Cuidados com Artigos e Equipamentos de Assistência ao Paciente

- Devem ser manuseados com cuidado, se sujos de sangue ou fluídos corpóreos, secreções e excreções, e sua reutilização em outros pacientes deve ser precedida de limpeza e desinfecção ou esterilização.

6. Controle Ambiental

- Estabelecer e garantir procedimentos de rotina adequada para a limpeza e descontaminação das superfícies ambientais, cama, equipamentos de cabeceira, na presença de sangue e líquidos corporais.

7. Cuidado com Roupas

- Manipular, transportar e processar as roupas usadas, sujas de sangue, líquidos corporais, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição da pele e mucosas, e a contaminação de roupas pessoais. Utilizar sacos impermeáveis para evitar extravasamento e contaminação de superfícies ambientais.

B) Precauções de contato

As precauções por contato consistem em:

- As precauções padrão devem continuar a ser aplicadas.
- Usar luvas para qualquer contato com o paciente, trocando-as após contato com área ou material infectante.
- Usar avental se houver possibilidade de contato das roupas do profissional com área ou material infectante.
- A saída do paciente para outros locais da unidade deverá ser evitada.
- Artigos de cuidado ao paciente, termômetro e estetoscópio devem ser de uso individual e adequadamente processado (desinfetados ou esterilizados), após a alta do paciente.
- As visitas deverão ser restritas e instruídas.
- As superfícies próximas ao leito, artigos e equipamentos podem ser um reservatório do patógeno, recomenda-se o uso de luvas e

avental ao entrar no quarto do paciente, independente do intuito da visita.

- Todos os itens manipulados, inclusive canetas e instrumentais devem sofrer desinfecção com álcool a 70%.
- A desinfecção ambiental é controversa, sendo recomendada somente para colchões, superfícies horizontais de uso do paciente (como criados-mudos, mesas de refeição, cabeceiras de camas, grades), instrumentais de uso pessoal do paciente.

C) Precauções respiratórias para aerossóis

- As doenças transmitidas por aerossóis são motivo de grande preocupação pela dificuldade de prevenção, devido às características da partícula que contém o microrganismo. As doenças que podem ser listadas neste modo de transmissão são a tuberculose pulmonar ou laríngea bacilífera, o sarampo, a varicela e o herpes zoster.

As precauções recomendadas são as seguintes:

- As precauções padrão deve ser aplicadas continuamente;
- Manter em quarto privativo, com as portas mantidas fechadas;
- Usar máscara apropriada com capacidade de filtrar 95% das partículas com diâmetro de 0,3 micron, chamada N95.
- O transporte do paciente deverá ser evitado, quando possível.
- As visitas deverão ser restritas e orientadas.

D) Precaução respiratória para gotículas:

As precauções recomendadas são as seguintes:

- As precauções padrão deve ser aplicadas continuamente;
- Manter quarto privativo ou coorte de paciente com a mesma doença;
- Usar máscara cirúrgica comum por todos que entrarem no quarto, durante o período de transmissão da doença. A transmissão por gotículas ocorre a curtas distâncias, em geral até 1 metro;
- O transporte do paciente deverá ser evitado. Quando necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica comum.
- As visitas deverão ser restritas e seguir as recomendações.

**OBSERVA
ÇÕES**

- ✓ **Prevenção de exposição a patógenos veiculados por sangue e líquidos corpóreos**
- ✓ Prevenir acidentes perfurocortante: cuidado com uso, manipulação, limpeza e descarte de agulhas, bisturis e outros materiais perfurocortantes.
- ✓ Não retirar agulhas usadas das seringas, não dobrá-las e nunca reencapá-las.
- ✓ O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados e resistentes, de acordo com a norma IPT NEA 55.
- ✓ Os recipientes devem estar localizados o mais próximo possível da área de uso e seu limite de preenchimento (delimitado por uma linha tracejada) deve ser respeitado e o coletor prontamente substituído.
- ✓ Usar dispositivos bucais, conjunto de ressuscitação e outros dispositivos de ventilação quando houver necessidade de ressuscitação.

- ✓ **Identificação do quarto**

ATENÇÃO: a porta do quarto do paciente deve estar identificada com placa padronizada pelo SCIH- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, conforme o diagnóstico de internação, a placa está disponível em todos os postos de enfermagem, essa deverá ser afixada pelo Enfermeiro após a entrada do paciente na unidade de internação.

- ✓ **Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH**

INDICAÇÃO DE ISOLAMENTO OU PRECAUÇÃO POR DOENÇA INFECCIOSA					
Doença	Transmissão	Fonte	Precaução	Duração	Observação
Adenovirose	Inalatória	Secreção da VAS	PR	-	-
AIDS	Sexual e parenteral	Sangue e secreção	PR / PC	Durante a doença	Atenção para outras infecções associadas
Caxumba	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 9 dias do início da doença	A transmissão começa 6 dias antes dos sintomas
Citomegalovirose	Inalatória	Secreção da VAS e sangue	PR	Durante a internação	-
Cólera	Fecal-oral	Fezes e vômitos	PP	Durante a doença	-
Condilomatose	Sexual	Secreção da lesão	PP	Durante a doença	-
Conjuntivite	Contato	Secreção ocular	PP	Durante a doença	Se gonocócica manter em PC
Coqueluche	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 7 dias início tratamento	-
Dengue	Picada de inseto	Mosquito Aedes Aegypti	PP	-	Não há risco de transmissão inter-humana
Diarreia bacteriana	Fecal-oral	Fezes	PP	Fecal-oral	Caso o paciente esteja incontinente ou utilizando fraldas manter PC
Difteria faríngea	Inalatória	Secreção da lesão	PC	2 culturas negativas	-
Difteria faríngea	Inalatória	Secreção da VAS	PC e PR	2 culturas negativas	-
Escabiose	Contato direto e fômites	Paciente infestado	PC	72 hs após início	Acondicionar roupas em sacos plásticos
Estafilococcia tegumentar	Contato	Secreção da	PC	Durante a	-

		lesão		doença	
Febre tifoide	Fecal-oral	Fezes	PP	Até 3 culturas negativas	-
Hepatite A	Fecal-oral	Fezes	PP	1º 15 dias de icterícia	A transmissão começa 15 dias antes da icterícia
Hepatite E	Fecal-oral	Fezes	PP	Ignorado	-
Hepatite B D e G	Parenteral e sexual	Sangue e secreções sexuais	PP	Durante internação	-
Hepatite C	Parenteral	Sangue	PP	Durante a internação	-
Herpes simples disseminado	Contato	Secreção das vesículas	PC	Durante a doença	-
Herpes zoster localizada	Contato	Secreção das vesículas	PP	Até caírem as crostas	-
Herpes zoster disseminada	Inalatória e contato	Secreção respiratória e vesículas	PR e PC	Até caírem as crostas	Quarto privativo obrigatório
Infecções por germes multirresistentes	Contato	Fluido e secreção drenada	PC	Durante a internação	Quarto privativo recomendável, obrigatório se secreção não puder ser contida. Se pneumonia por pneumococo multirresistente associar PR
Influenza	Inalatória	Secreção de VAS	PR	-	-
Leptospirose	Contato	Urina de rato infectado	PP	Durante a doença	Não descrita transmissão inter-humana
Meningite por Neisseria meningitidis	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 24 hs após início do tratamento	Quarto privado nas 1º 24 horas é obrigatório
Meningite por hameophilus influenza	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 24 hs após melhora	Quarto privativo obrigatório

				clínica	
Meningites outras etiologias			PP		Não há necessidade de isolamento
Pediculose	Conat o direto e fômites	Pacie nte infectado	PC	72 hs após início do tratamento	Acondicio nar roupas em sacos plásticos
Pneumonia por micoplasmapneu moniae	Inalató ria	Secr eção de VAS	PR	-	-
Rubéola	Inalató ria	Secr eção de VAS	PR	Até 5º dia após início	-
Rubéola Congênita	Inalató ria e contato	Sang ue e secreções	PR e PC	Até 1 ano de idade	Transmis são começa ao nascimento
Sarampo	Inalató ria	Secr eção respiratória	PR	Até 7º dia após início exantema	Transmis são começa no período prodrômico, máscara “respirador” específico (N95)
Tuberculos e pulmonar e laríngea	Inalató ria	Secr eção respiratória	PR	Até 15 dias do início do tratamento ou até 2 resultados de baciloscopia de escarro em pacientes anti-HIV + ou sem melhora clínica com tratamento	Máscara “respirador” específico (N95)
Tuberculos e de outros órgãos			PP		Habitual mente não transmissível
Varicela	Inalató ria e contato	Secr eção de vesículas e de VAS	PR e PC	Até caírem as crostas	Quarto privativo obrigatório, máscara (N95)
Gripe A (H1N1)	Inalató ria e contato	Secr eção de mucosa nasal e VAS	PR e PC		Quarto privativo obrigatório, máscara N95

POP 104 - LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Limpeza concorrente - É feita diariamente após o banho do paciente e arrumação do seu leito. Consiste na limpeza de parte do mobiliário da unidade do paciente.
RECURSOS	1. Álcool a 70%; 2. Água e sabão se necessário; 3. Panos de limpeza; 4. Luvas de procedimento.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Preparar o material; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Calçar as luvas; 5. Avaliar as condições de limpeza do leito do paciente; 6. Embeber o pano de limpeza com álcool a 70%; 7. Limpar as laterais do leito com pano sempre no sentido da cabeceira para os pés e do lado mais distante para o mais próximo; 8. Limpar a cabeceira e os pés do leito por último; 9. Trocar o pano embebido em álcool e limpar a mesa de cabeceira iniciando pela parte interna e a seguir a parte externa; 10. Deixar a mesa de cabeceira em ordem; 11. Desprezar os panos de limpeza no hamper; 12. Desprezar as luvas; 13. Lavar as mãos; 14. Revisar o painel de gases se necessário.
OBSERVAÇÕES	✓ A limpeza concorrente da unidade do paciente deve ser realizada pelo funcionário da enfermagem uma vez a cada plantão; ✓ A limpeza do carrinho de banho, carrinho de parada, carrinhos de medicação e de curativo, deverá ser feita uma vez por plantão pela enfermagem, com fenol sintético; ✓ Os panos de limpeza utilizados na limpeza terminal ou concorrente deverão ser enxaguados quantas vezes forem necessárias, na bacia utilizada para este fim; ✓ Ao realizar a limpeza concorrente, limpar a unidade com água e sabão, caso esteja suja de sangue ou secreção;

	✓ Utilizar movimentos simples e amplos em um só sentido; ✓ Observar a sequência da limpeza (do mais limpo para o mais contaminado, evitando sujar as áreas limpas); ✓ Evitar molhar o chão.
--	---

POP 105 - LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Limpeza Terminal - É a limpeza completa da unidade do paciente após: alta, óbito ou transferência.
RECURSOS	1. Sabão ou detergente (manter na cuba-rim e não dentro da bacia); 2. Luvas de procedimento; 3. Panos de limpeza (lavar, enxaguar e secar); 4. Recipiente para lixo; 5. 02 bacias com água; 6. Cuba-rim (pode ser substituída por copo descartável ou saquinho de plástico); 7. Balde; 8. Hamper.
MÉTODO	1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material; 3. Abrir portas e janelas para ventilação do quarto; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Soltar a roupa de cama, enrolando cada peça, inclusive o cobertor e colocar o hamper, evitando movimentos bruscos (o hamper deverá estar fora do quarto do paciente); 6. Colocar o balde no chão sobre o papel toalha, próximo à mesa de cabeceira; 7. Colocar quantidade de água necessária na bacia; 8. Afastar a cama da parede, deixando espaço suficiente para realização da limpeza; 9. Limpar a cadeira com exceção dos pés, usando pano de limpeza úmido e ensaboado. Em seguida lavar o pano e enxaguar a cadeira. Enxugar com outro pano; 10. Limpar a metade proximal do colchão, inclusive a face lateral; 11. Virar o travesseiro sobre a área limpa do colchão; limpar o outro lado e colocá-lo sobre a cadeira; 12. Passar para o outro lado e limpar a outra metade do colchão, inclusive a face lateral; 13. Colocar o colchão sobre a grade dos pés da cama, expondo a metade superior do estrado;

	14. Limpar a grade e estrado da cabeceira até o meio da cama; 15. Virar o colchão apoiando-se sobre a grade da cabeceira de modo que a parte limpa do colchão fique em contato com a parte limpa da cama; 16. Limpar a parte inferior da cama (estrado, laterais, molas, grades e manivelas); 17. Colocar o colchão de modo que a parte suja fique para cima e proceder a limpeza do mesmo; 18. Limpar a mesa de cabeceira por dentro e por fora. Deixar um pouco aberta para ventilar; 19. Limpar o suporte de soro, a campainha e o painel; 20. Limpar os pés da cama, da cadeira e do suporte de soro e por último a escadinha; 21. Recolher o material da cadeira e com a mão livre, repassar o assento da cadeira; 22. Levar o material para o expurgo, lavar, enxugar e guardar nos locais adequados e proceder ao preparo do leito; 23. Lavar as mãos, pegar as roupas para arrumação da cama. Se possível deixar para arrumar minutos antes da admissão. 24. Comunicar ao serviço de limpeza (higienização) para realização da limpeza do quarto; 25. Identificar a limpeza: data, hora e funcionamento.
OBSERV AÇÕES	✓ A limpeza terminal da unidade do paciente deve ser realizada pelo funcionário da enfermagem após alta, transferência ou óbito; ✓ O produto utilizado para a limpeza terminal da unidade deverá ser fenolsintético. ✓ No caso da limpeza concorrente, usar álcool a 70%; ✓ Os panos de limpeza utilizados na limpeza terminal ou concorrente deverão ser enxaguados quantas vezes forem necessárias, na bacia utilizada para este fim; ✓ Utilizar movimentos simples e amplos em um só sentido; ✓ Observar a sequência da limpeza (do mais limpo para o mais contaminado, evitando sujar as áreas limpas); ✓ Evitar molhar o chão.

zPOP 106 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba: 1. Lavagem básica das mãos; 2. Antissepsia das mãos com álcool 70%; 3. Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços. Tem o objetivo de: 1. Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele. Duração do procedimento: 40 a 60 segundos. Abrangência: Toda a equipe de saúde. Quando lavar as mãos? • Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; • Ao iniciar o turno de trabalho; • Antes e após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições; • Antes de preparo de alimentos; • Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
RECURSOS	1. Sabão líquido; 2. Água corrente; 3. Papel toalha.
MÉTODO	1. Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; 2. Mantenha se possível, a água numa temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele), coloque o sabão líquido (2ml); 3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;

	4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais; ✓ Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso); ✓ Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.

POP 107 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A higienização das mãos com preparação alcoólica pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não tiverem visivelmente sujas, reduzindo a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). Duração do procedimento: 20 a 30 segundos. Abrangência: Toda a equipe da saúde. Quando higienizar as mãos com preparação alcoólica a 70%: • Antes do contato com o paciente; • Após o contato com o paciente; • Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; • Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; • Após risco de exposição a fluidos corporais; • Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, durante o cuidado ao paciente; • Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; antes e após remoção de luvas (sem talco).
RECURSOS	1. Preparação alcoólica a 70% para uso hospitalar (com glicerina, conforme especificação do SCIH).
MÉTODO	1. Aplicar na palma da mão quantidade do produto para cobrir todas as superfícies da mão; 2. Friccionar as palmas das mãos entre si; 3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; 4. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; 5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa; 6. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; 7. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa; 8. Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;

	9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa; 10. Friccionar os punhos com movimentos circulares; 11. Deixar as mãos secarem naturalmente.
OBSERVAÇÕES	✓ Para evitar ressecamento e dermatites, não higienize as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de usar uma preparação alcoólica. ✓ Depois de higienizar as mãos com preparação alcoólica, deixe que elas sequem completamente (sem utilização de papel toalha). ✓ Recomenda-se que após 05 (cinco) aplicações de álcool realize-se uma lavagem de mãos.

POP 108 - ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem como finalidade a eliminação da microbiota transitória da pele e a redução da microbiota residente, além de promover o efeito residual na pele do profissional. Duração do procedimento: 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes. Abrangência: Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Cirurgia Ambulatorial, Emergência Cirúrgica, Unidades de Internação prévia a procedimentos cirúrgicos e invasivos. Executor: Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar em Enfermagem, Instrumentador Cirúrgico e Acadêmicos quando participarem do ato cirúrgico. Quando realizar a antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços? • Antes da realização de procedimentos cirúrgicos.
RECURSOS	1. Escovinhas com antissépticos; água toalhas ou compressas estéreis.
MÉTODO	1. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos; 2. Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes; 3. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova com água corrente; 4. Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço mantendo as mãos acima dos cotovelos; 5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor; 6. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.
OBSERVAÇÕES	✓ As cerdas são utilizadas somente para limpeza das unhas. A parte macia da esponja é utilizada para todo o restante do procedimento.

POP 109 - USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPIs	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser usado quando se prevê uma exposição a material biológico e a produtos químicos tóxicos. Tem por objetivo a proteção do funcionário, podendo também ser utilizado na proteção do paciente ou de materiais que se esteja manipulando e se deseje garantir a não contaminação. A adequação do EPI está diretamente vinculada à atividade desenvolvida. São indicados nas áreas clínicas e de apoio diagnóstico. Deve-se almejar a proteção total quando se identifica um risco aumentado de exposição. Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH
RECURSOS	➤ TIPOS DE EPIs: ✓ Máscara com filtro químico: indicada para quando o profissional necessite manipular substâncias químicas tóxicas, tais como germicidas com emissão de fortes odores ou a partir da recomendação dos fabricantes. ✓ Máscara PFF2/N95: indicada para a proteção de doenças por transmissão aérea: tuberculose, varicela, sarampo e Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARG). São de uso exclusivo do profissional da saúde para precaução com aerossóis. A máscara PFF2 não tem tempo definido de uso, podendo ser reutilizada se não estiver suja, úmida ou dobrada, para tanto, sugerimos que se guarde na embalagem original ou no bolso, preferencialmente em saco plástico poroso, sem lacre para evitar a umidade e proliferação de micro-organismos. Seu uso é sempre individual. ✓ Máscara com protetor facial: utilizada pelos profissionais de saúde. Recomendamos o seu uso para intubação em casos de emergência. ✓ Luvas de borracha: proteção da pele à exposição de material biológico e produtos químicos. Deve possuir cano longo quando se prevê uma exposição até antebraço. Manter as luvas de borracha

sempre secas interna e externamente. Observar a lavagem das luvas após o uso por dentro e por fora, secar com pano e lembrar-se de lavar as mãos após a retirada das mesmas.

- ✓ **Luvras de procedimento:** devem ser usadas pelos profissionais da saúde, e trocadas após contato com cada paciente ou entre os diversos procedimentos em um mesmo paciente, ao manusear objetos ou superfícies sujas de sangue e/ou líquidos, para punções venosas e outros procedimentos. É proibido o uso coletivo de luvas com os pacientes, por exemplo, quando vai se verificar sinais vitais. É proibida a lavagem das luvas. É proibido o uso de luvas de procedimento para limpeza hospitalar. Sempre que for executar os serviços, seguir a regra de tipos de luvas: procedimentos, estéreis ou de borracha dependendo do procedimento.
- ✓ **Óculos de acrílico:** proteção de mucosa ocular. Deve ser de material acrílico que não interfira com a acuidade visual do profissional e permita uma perfeita adaptação à face. Deve oferecer proteção lateral e com dispositivo que evite embaçar. Devem ser usados em procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando-se assim exposição da mucosa dos olhos. Por exemplo, no momento de aspiração de secreções. Podem ser utilizados sobre os óculos de grau.
- ✓ **Protetor facial de acrílico:** proteção da face. Deve ser de material acrílico que não interfira com a acuidade visual do profissional e permita uma perfeita adaptação à face. Deve oferecer proteção lateral. Indicado durante a limpeza mecânica de instrumentais (Central de Esterilização, Expurgos), área de necrópsia e laboratórios.
- ✓ **Avental impermeável, Capote de manga comprida:** para a proteção da roupa e pele do profissional. Utilizar sempre que houver risco de contato com materiais biológicos. O avental na situação de precaução de contato deve ser colocado apenas se houver contato

direto com o paciente. São pré-definidas cores de avental para cada situação:

Laranja: precauções e isolamentos;

Branco: para procedimentos;

Verde claro: para precauções na UTI;

Azul: para procedimentos estéreis.

- ✓ **Descartáveis:** são utilizados em situações especiais, como preparo e administração de quimioterápicos.

O avental em situação de precaução de contato (laranja), desde que não esteja úmido ou com secreções, pode ser reutilizado no mesmo paciente (deixá-lo pendurado no quarto do paciente, sendo de uso individual para cada profissional e nos cuidados de cada paciente em precaução).

- ✓ **Avental impermeável:** usar quando estiver lavando os materiais e instrumentais na área suja.

- ✓ **Avental plástico:** usar para procedimentos com grande quantidade de sangue e/ou secreções.

- ✓ **Uniforme:** trazer para o trabalho seu uniforme limpo e levá-lo para casa dentro de saco plástico. Será fornecido o uniforme para áreas restritas (calça e túnica), que deverão ser utilizados durante a assistência aos pacientes.

- ✓ **Bota ou sapato fechado impermeável:** proteção da pele do profissional, em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, expurgos, central de esterilização, áreas de necrópsia, situações de limpeza ambiental e outros).

- ✓ **Sapato: fechado e limpo.** Poderá ser o mesmo utilizado fora do ambiente hospitalar. Considerar a possibilidade de sapato de uso apenas no local do trabalho se houver condições de guarda adequada. De acordo com a NR 32 do Ministério do Trabalho

	recomenda-se o uso de sapatos fechados na assistência à saúde. Apesar de não possuir registro como EPI na assistência à saúde, a máscara cirúrgica e o gorro são considerados dispositivos que asseguram, também, a proteção do profissional. ✓ Máscara cirúrgica: indicada para proteção da mucosa oro-nasal bem como para a proteção ambiental de secreções respiratórias do profissional. A máscara deve possuir gramatura que garanta uma efetiva barreira, tem sido recomendada que seja confeccionada com no mínimo três camadas, utilizada em precaução por gotículas pelos profissionais da saúde e nos pacientes na suspeita ou confirmação de doenças transmitidas de forma respiratória (por aerossóis ou gotículas). Recomendamos o uso de máscaras nos procedimentos de punção lombar. ✓ Gorro: proteção de exposição dos cabelos e couro cabeludo à matéria orgânica ou produtos químicos, bem como proteção ambiental a escamas do couro cabeludo e cabelos. ✓ Máscaras de vapores: utilizar sempre que houver indicação da Enfermagem ou Médico em caso de isolamentos ou quando houver exposição a produtos químicos passíveis de inalação, por exemplo, na desinfecção com glutaraldeído cujo uso é obrigatório. Devem ser usadas em procedimentos que possam gerar respingos de sangue ou líquidos, evitando-se assim exposição da membrana mucosa da boca, nariz e olhos.
MÉTODO	Utilizar EPIs sempre ao realizar qualquer procedimento, de acordo com a necessidade do procedimento.
OBSERVAÇÕES	✓ Conforme dispõe a Norma Regulamentadora nº6 do Ministério do Trabalho e do Emprego, “[...] considera-se Equipamento de Proteção Individual (EPI) todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”. ✓ Embora a Norma seja taxativa com relação ao uso de EPIs, os equipamentos a serem usados têm de ser previamente aprovados pelo mesmo Ministério, e seu fornecimento é feito sempre de forma gratuita a todos os trabalhadores que deles necessitarem.

	✓ É exatamente por isso que a escolha de Equipamentos de Proteção Individual de qualidade é tarefa obrigatória de todo empregador. ✓ Algumas profissões exigem equipamentos bastante seguros e específicos para o seu exercício. É o caso, por exemplo, dos trabalhadores que exercem a profissão de enfermagem. ➤ Obrigações do Empregador: • Fornecer os EPIs adequados às atividades; • Instruir e treinar os funcionários quanto ao uso dos EPIs; • Fiscalizar e exigir o uso dos EPIs; • Repor os EPIs quando danificados. ➤ Obrigações do Empregado: • Usar e conservar seus EPIs. Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH
--	---

POP 110 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
AGENTES	Enfermeiros
CONCEITO	• Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência; • Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; • Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde; • Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência
RECURSOS	O objetivo da sala de classificação de risco é dar maior eficiência ao atendimento, efetuando uma primeira avaliação do paciente para, somente então, encaminhá-lo às áreas de diagnóstico e tratamento. Esta avaliação é feita pela enfermeira. A consulta de enfermagem, por sua vez, tem como objetivo agilizar o atendimento através da diminuição do tempo da consulta médica, cuidando a equipe de enfermagem de levantar as primeiras informações sobre o paciente, anotando seus dados antropomórficos, tomando sua temperatura e verificando sua pressão arterial e dextro quando necessário. A sala de classificação será identificada e estará localizada próxima da recepção. Dos mobiliários deverá ter mesa e cadeiras, monitor multiparemetros, aparelho de pressão, aparelho glicemia capilar, termômetro, computador.
MÉTODO	Lavar as mãos Enfermeiro deverá realizar a classificação de risco Determinar a cor de prioridade (azul, verde, amarelo ou vermelho) Encaminhar ao consultório e especialidade necessária naquele

	momento Seguir protocolo de classificação de risco Lavar as mãos
OBSERVAÇÕES	✓ Prevenir acidentes perfurocortante: cuidado com uso, manipulação, limpeza e descarte de agulhas ou dispositivos para aferição de glicemia capilar. ✓ O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados e resistentes, de acordo com a norma IPT NEA 55. ✓ Os recipientes devem estar localizados o mais próximo possível da área de uso e seu limite de preenchimento (delimitado por uma linha tracejada) deve ser respeitado e o coletor prontamente substituído.

POP 111 – TRANSFERENCIA DE PACIENTE PELO MAQUEIRO	
AGENTE S	Maqueiro
CONCEITO	•Executar a transferência segura dos pacientes no ambiente intra-hospitalar, visando alocar o mesmo na unidade mais apropriada para a sua recuperação.
RECURSOS	Maca; cadeiras de rodas Luvas de procedimento, se necessário; Lençol móvel; Vestuário adequado.
MÉTODO	Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao maqueiro compete: • Receber o plantão; • Registrar em livro Ata os equipamentos recebidos no plantão; • Registrar em livro Ata as intercorrências durante o transporte e comunicar a chefia imediata do setor; • Executar a transferência dos pacientes de forma segura entre as unidades; • Cumprir as normas e regulamentos da Instituição, bem como as rotinas operacionais da sua Unidade; • Executar as transferências, altas, óbitos dos pacientes; • Dar baixa nos equipamentos danificados, entregando-os no setor de Patrimônio devidamente protocolado e anotado em livro Ata; • Conhecer e nortear suas ações fundamentado no Manual de Procedimentos Operacionais(POP); • Padrão (POP) em sua prática diária. • Retirar e guardar próteses e acessórios dos pacientes em situações em que é necessário, bem como a entrega dos mesmos ao responsável pelo paciente e posterior registro do procedimento realizado; • Participar do processo acolhimento com classificação de risco, transferindo os pacientes para as unidades solicitadas; • Conhecer e manusear material imprescindível ao transporte de pacientes. • Administrativa: Zelar pela organização do local de trabalho, bem como todos os equipamentos de transporte e os registros internos da sua Unidade. • Notificar a equipe de enfermagem toda e qualquer ocorrência administrativa e/ou eventos adversos durante o transporte do paciente; Para transportar o paciente com o auxílio do lençol: • Aproximar a maca e cama paralelamente entre si; • Posicionar duas pessoas de cada lado da cama/maca; • Segurar o lençol de maneira que os braços dos transportadores fiquem alternados no meio e a cabeça do paciente apoiada;

	• Passar o paciente em um só movimento para a cama ou maca (um membro da equipe conta até três em voz alta e toda a equipe move o paciente no três); Para transportar o paciente sem o auxílio do lençol: • Posicionar a maca paralelamente à cama; • Posicionar-se ao lado da cama/maca; • Verificar a presença de tubos, drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; • Oferecer apoio à região torácica, região lombar e o terço inferior das coxas do paciente; • Elevar o paciente e com um movimento simultâneo transportá-lo cuidadosamente para a maca ou cama; • Posicionar o paciente de forma segura e confortável; • Deixar o leito em ordem e retirar a maca; • Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado; • Higienizar as mãos;
OBSERVAÇÕES	• Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da maca para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. • O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou quedas. • Certificar-se que o lençol móvel oferece resistência necessária para o transporte do paciente até a maca, preservando sua segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **AULA TEÓRICA Nº 01 – EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.** Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABoWcAG/aula-teorica-1-execucao-dos-procedimentos.>>
- HARADA, M. de J. C. S. et al. **Passagem de plantão.** 2010. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_9.pdf.>
- LESALVA, C. Melhoria de processo assistencial: passagem de plantão. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 7., M 2012. **Anais.** São Paulo: HIAE, 2012. COREN-SP. **Anotações de enfermagem.** Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.corensp.com.br/downloads/manual-anotações-enfermagem-coren-sp.pdf.>>
- COREN-SP. **Anotações de enfermagem.** Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.corensp.com.br/downloads/manual-anotações-enfermagem-coren-sp.pdf.>>
- **Resolução Cofen 358/2009.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.>
- Alfaro-Lefevre, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2005.
- Johnson M, Maas M, Moorhead S. **Classificação dos resultados de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- NANDA Internacional, **Diagnósticos de Enfermagem** da NANDA - Definições e Classificação. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- CARPENITO, 2002 pag 33
- McCloskey JC, Bulechek GM. **Classificação das intervenções de enfermagem.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- **Revista Brasileira de Enfermagem** REBEN 2005 Maio - Junho, p. 58.
- PADILHA, K. G. et al (Org.). **Enfermagem em UTI:** cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010. 1431 p.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processos e prática. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- **PARECER COREN-SPCT037/2013.** PRCI nº 100.547. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_37.pdf.>
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- **MANUAL DE NORMAS E ROTINAS.** Disponível em: <<http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Atividades%20de%20enfermagem%20na%20area%20hospitalar.pdf.>>
- **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO- DIR/001/2000.** Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_017.pdf.>
- **Sinais Vitais e outras técnicas básicas.** Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/Motta_MG__Leito_S_2011_Sinais_Vitais.pdf.>
- Portal da Educação. **Controle de diurese.** Disponível em:

< <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/30299/control-de-diurese>.>

- Sérgio Luz. Portal da Enfermagem. **Controle de diurese** - Adulto. Disponível em:
<http://www.portaldanfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=271>.
- **Pressão Venosa Central (PVC).** Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/32376/pressao-venosa-central-pvc>>
- **Eletrodos do Eletrocardiograma.** Disponível em: <<http://pt.my-ekg.com/generalidades-ecg/eletrodos-ecg.html>>
- Amorim FDB, Flores PVP, Bosco PS et al. **O aprazamento de medicamentos pautado na segurança do paciente: um alerta para a prática de enfermagem.** Revista de enfermagem. UFPE online. Pernambuco, 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8407>.
- ENFERMAGEM DIA A DIA: SEGURANÇA DO PACIENTE/ www.coren.sp.gov.br Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Maria de Jesus Castro Souza Harada. São Caetano do Sul; SP. Yendis Editora 2009.
- COREN-DF. Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Enfermagem. **Manual de procedimentos de enfermagem.** Brasília, 2012. Disponível em:
<<http://www.coren-df.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>>.
- Coren- SP. Parecer Cat nº 020/2010 - Assunto Terapia Intravenosa. Disponível em:
<portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_20.pdf>.
- Coren - DF. Parecer Técnico nº 15/2010 Assunto Quanto ao Enfermeiro ter autonomia legal para prescrever catéter venoso maleável salinizado.
- HONORIO MO, nascimento KC. Acesso Venoso Periférico, Santa Catarina. 2007 [Acessado em 7/08/13. Disponível em <http://www.ver.sc.gov.br>.
- **Manual de Normas de Vacinação – BVS/MS – Ministério da Saúde.** Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_normas_vac.pdf>
- **Nota Técnica Vacinação Antirrábica Humana 2016.** Disponível em:
<<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-pasteur/paginas-internas/nota-tecnicas/nota-tecnica-vacinacao-antirrabica-humana-2016>>
- **Tubos para coleta de sangue - Biomedicina Brasil.** Disponível em: <<http://www.biomedicinabrasil.com/2011/12/tubos-para-coleta-de-sangue.html>>
- **MANUAL DE COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO - Unifesp.** Disponível em: <www.unifesp.br/dmed/patologiaclinica/laboratorio...de-coleta.../file>
- Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário. Diretoria de enfermagem. **Manual dos cuidados de enfermagem em paciente candidatos a transplante hepático.** Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/documentos/manual_candidatos_transplante_hepatico.pdf>
- **O que é tricotomia?** - Artigos de Enfermagem - Portal Educação. Disponível em:
<<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/30480/o-que-e-tricotomia>>
- **Atualização no Protocolo de RCP | ENFERMAGEM VIRTUAL.** Disponível em:
<<http://www.enfermagemvirtual.net/2013/07/atualizacao-no-protocolo-de-rcp-2013.html>>
- **Passo-a-passo para o Atendimento da Parada Cardiorrespiratória no Hospital.** Disponível em:
<<http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/atendimento-de-enfermagem-na-parada-cardiorrespiratoria-no-ambiente-intra-hospitalar-de-acordo-com-as-diretrizes-da-american-heart-association-2015/>>
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2009

- KUSAHARA, D. M.; CHANES, D. C. **Boas práticas: dreno de tórax**. 2011. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>>
- Prefeitura de Ribeirão Preto. **Lavagem intestinal**. POP 009. Secretaria de Saúde. Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/enferm/po-lav_intestinal_2012.pdf>
- SANTOS, V. C. Et al **Técnicas Básicas de Enfermagem/ Organizadoras I: 3ª Ed.**São Paulo- SP: Martinari; 2009.
- POTTER, P. A. **Fundamentos de Enfermagem**. 6ª Ed. Rio de Janeiro- RJ: Elsevier; 2006.
- VIANA, I. D. **Boas Práticas de Enfermagem. Enfermagem Manuais 1:** São Caetano do Sul- SP: Yendis; 2010.
- [Banhos - HU/UFSC](#). Disponível em:<http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/CONFORTO_SONO_REPOUSO/BANHOS.pdf>
- SOBEST. Associação Brasileira de Estomoterapia. **Fístulas, drenos ou cateteres**. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_jumi&fileid=14&Itemid=100&action=view_article&view_t_rab_id=200223>
- Piva, J. P, Carvalho, P., Garcia, P.C. **Terapia intensiva em pediatria**. 3ª Ed. São Paulo. MEDSI. 1992.
- BOAS PRÁTICAS - DRENO DE TÓRAX. Disponível em:<<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>>
- **CURATEC**. Materiais médico-hospitalares. Disponível em:<<http://curatec.com.br/loja/filme-transparente-esteril-10-cm-x-12-cm.html>>
- **3M do Brasil**. Materiais médico-hospitalares. Disponível em: <http://solutions.3m.com.br/wps/portal/3M/pt_BR/MedicoHospitalar/Home/ProdutSolucoes/Curativos/>
- **Instituto de Ortopedia e Fisioterapia**. Disponível em:
<http://www.iof.com.br/int_default.php?p=artigos/art_fraturas>
- [Enfermagem I.pdf - enfermagem - 33 - Passei Direto](#). **Restrição do paciente**. Disponível em:<<https://www.passeidireto.com/arquivo/23240212/enfermagem-ipdf/3>>
- **TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM** - Unidade do Paciente. Disponível em:
<<http://enfermageml.blogspot.com/2010/08/tecnicas-basicas-em-enfermagem-unidade.html>>
- NASCIMENTO, M. A. de L.; MORAES, M. de P.; GHIDINI JUNIOR, R.; GIANNINI, E. L. O cuidado de enfermagem com o corpo sem vida. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 168-171. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a22v16n1.pdf>>
- **Gasometria Arterial**. Disponível em: <<https://saladeenfermagem.com/tag/gasometria-arterial/>>
- **Saúde do trabalho, conscientização e uso de EPI's e EPC's**. Disponível em:
<<http://www.imtep.com.br/site/servicos/cursos-e-treinamentos/palestras/saude-do-trabalho-conscientizacao-e-uso-de-epis-e-epcs/>>
- **PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO DE PACIENTES** – Hospital Santa Rita. Disponível em:<http://www.hospitalsantarita.com.br/file/SCIHN03-PRECAUCAO_E_ISOLAMENTO_DE_PACIENTES.pdf>

- **Protocolo de Pronto Atendimento 24 horas UNIMED.**
- **GUIA BÁSICO DE PRECAUÇÕES, ISOLAMENTO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE**
- **INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.** Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf>
- **POP's PROTOCOLOS GERAIS.** Disponível em:
<<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/manuais.php?Origem=3>>
- **LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS COMO MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IRAS.** Ana Luiza Rammé.
Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1335381338_Limpeza,%20Desinfec%C3%A7%C3%A3o%20e%20Esteriliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Artigos%20como%20Medidas%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controle%20de%20IRAS.pdf>
- **EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NA PREVENÇÃO DO RISCO BIOLÓGICO E QUÍMICO NA ÁREA DE SAÚDE.** Disponível em:
<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/TODO_Material_2010/ROTINA%20A%20-%20MEDIDAS%20DE%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20E%20CONTROLE%20DAS%20INFEC%C3%87%C3%95ES%20HOSPITALARES/ROTINA%20A%202%20-%20EPI%202.pdf>

ANEXOS

- I - Siglas e Abreviaturas
- II - Impresso de Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (frente e verso)
- III - Diagnósticos de Enfermagem Agrupados em Padrões de Saúde
- IV - Impresso de Balanço Hídrico (frente e verso)
- V - Escala de Glasgow
- VI - Precauções: De Contato
- VII - Precauções: Para Aerossóis
- VIII - Precauções: Para Gotículas
- IX - Higienização das mãos
- X - Higienização das mãos com álcool gel ou espuma
- XI - Assepsia cirúrgica das mãos e antebraços

ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS

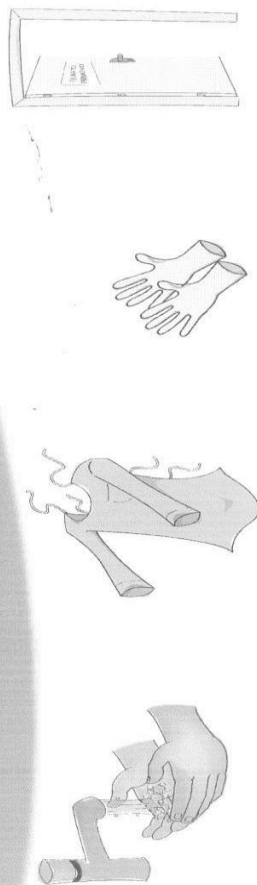
ACM	a critério médico
AP/AMP	ampola
AVP	acesso venoso periférico
BIC	bicarbonato de sódio
Ca	cálcio
CA	câncer
Cáp	cápsula
CCG	cuidados e controles gerais
COT	cânulaorotraqueal
CP/comp	comprimido
CPM	conforme prescrição médica
DDE	decúbito dorsal elevado
DDH	decúbito dorsal horizontal
DLD	decúbitolateral direito
DLE	decúbito lateral esquerdo
EV	endovenoso
FAP	frasco ampola
FR	frasco
g	grama
Gt/GTS	gotas
h	horas
HTD ou E	Hemitórax direito ou esquerdo
ICVJD ou E	Intracatéter em veia jugular direita ou esquerda
IM	intramuscular
IV	intra venoso
KCl	cloreto de potássio
Kg	quilograma
L	litro
mcg	micrograma
mEq	miliequivalente
mg	miligrama
Mg	magnésio
MIE ou D	membro inferior esquerdo ou direito
mL	mililitro
MMII	membros inferiores
MMSS	membros superiores
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS	
MSD ou E	membro superior direito ou esquerdo
MTN	manhã tarde noite
NaCl	cloreto de sódio
NBZ	nebulização
NPP	nutrição parenteral prolongada
NPT	nutrição parenteral total
OVAS	obstrução de vias aéreas superiores
PA	pressão arterial
PAM	pressão arterial média
PANI	pressão arterial não invasiva
PMV	para manter veia

POI	pós-operatório imediato
POT	pós-operatório tardio
PVC	pressão venosa central
QT	quimioterapia
S/N	se necessário
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	subcutâneo
SF	solução fisiológica
SG	solução glicosada
SGF	soroglicofisiológico
SL	sublingual
SNE	sondanasoenteral
SNG	sondanaso-gástrica
SsVv	sinais vitais
SVA	sonda vesical de alívio
SVD	sonda vesical de demora
TOT	tuboorotraqueal
TQ	traqueostomia
UI	unidades internacionais
VJD	veia jugular direita
VJE	veia jugular esquerda
VO	via oral
VPP	ventilação com pressão positiva
VR	via retal

ANEXO V – ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comando	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Precauções de Contato



Higienização das mãos

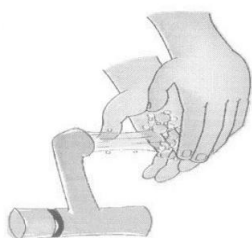
Avental

Luvas

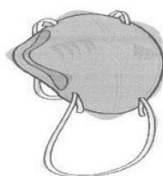
Quarto privativo

- **Indicações:** infecção ou colonização por microorganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.
- Use luvas e avental durante toda a manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

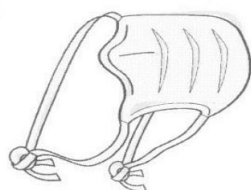
Precauções para Aerossóis



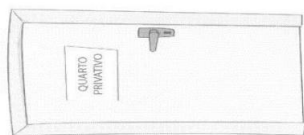
Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

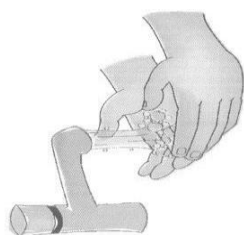
- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara PFF2 (N95) antes de entrar no quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microorganismo.
- Pacientes com suspeita ou confirmação de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.



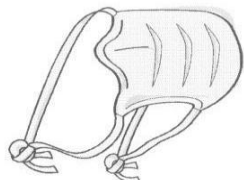
ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério
da Saúde

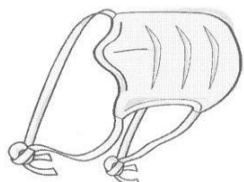
Precauções para Gotículas



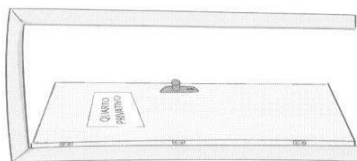
Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Indicações:** meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microorganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.



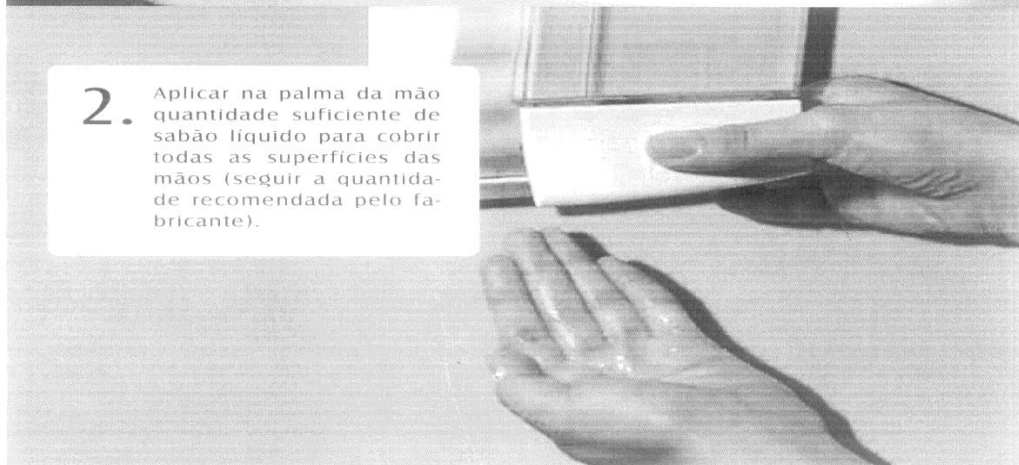
ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

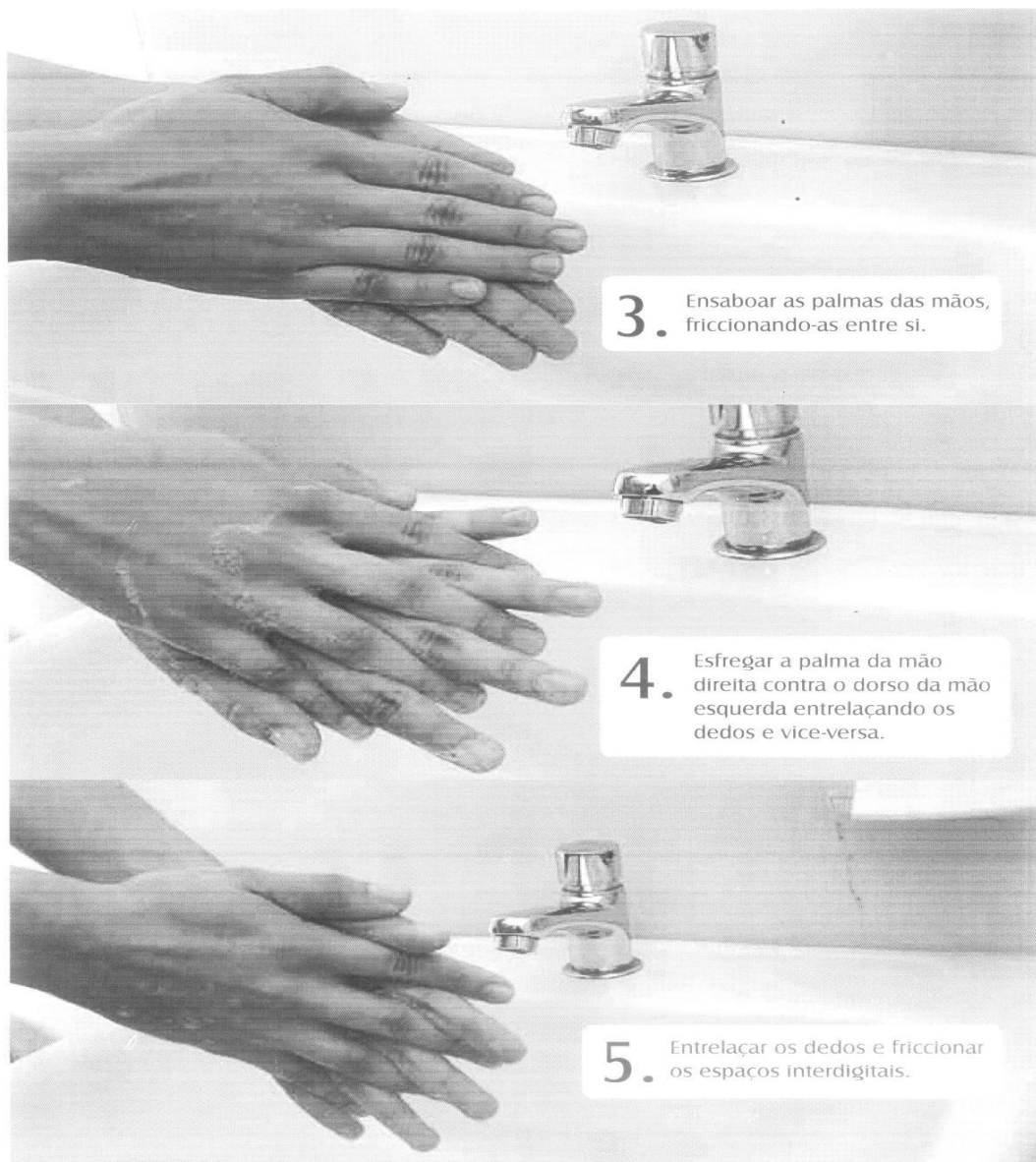
Ministério
da Saúde

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.

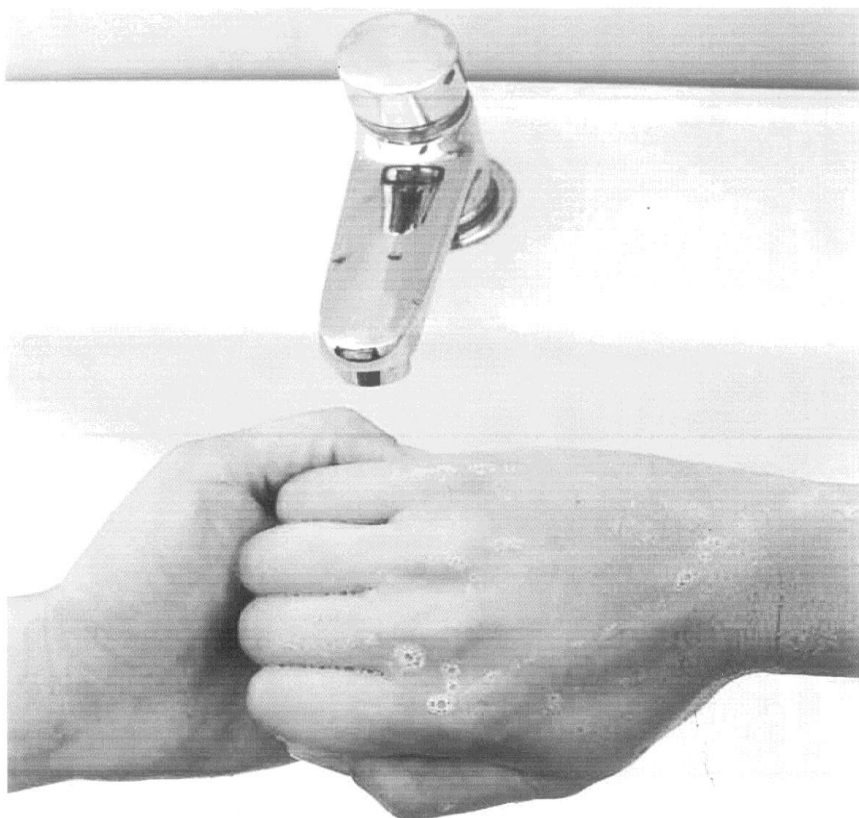


2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).





ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106

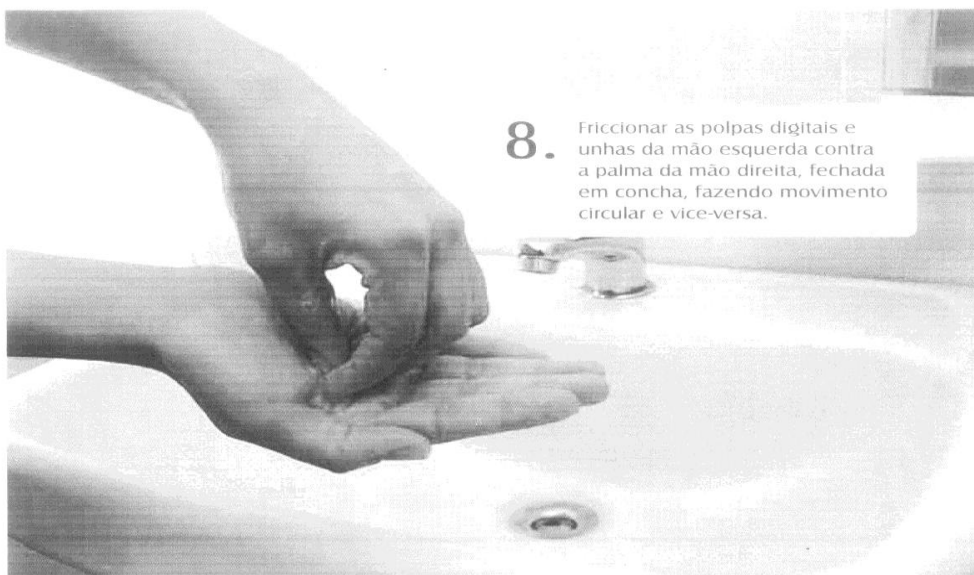


- 6.** Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106



ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106

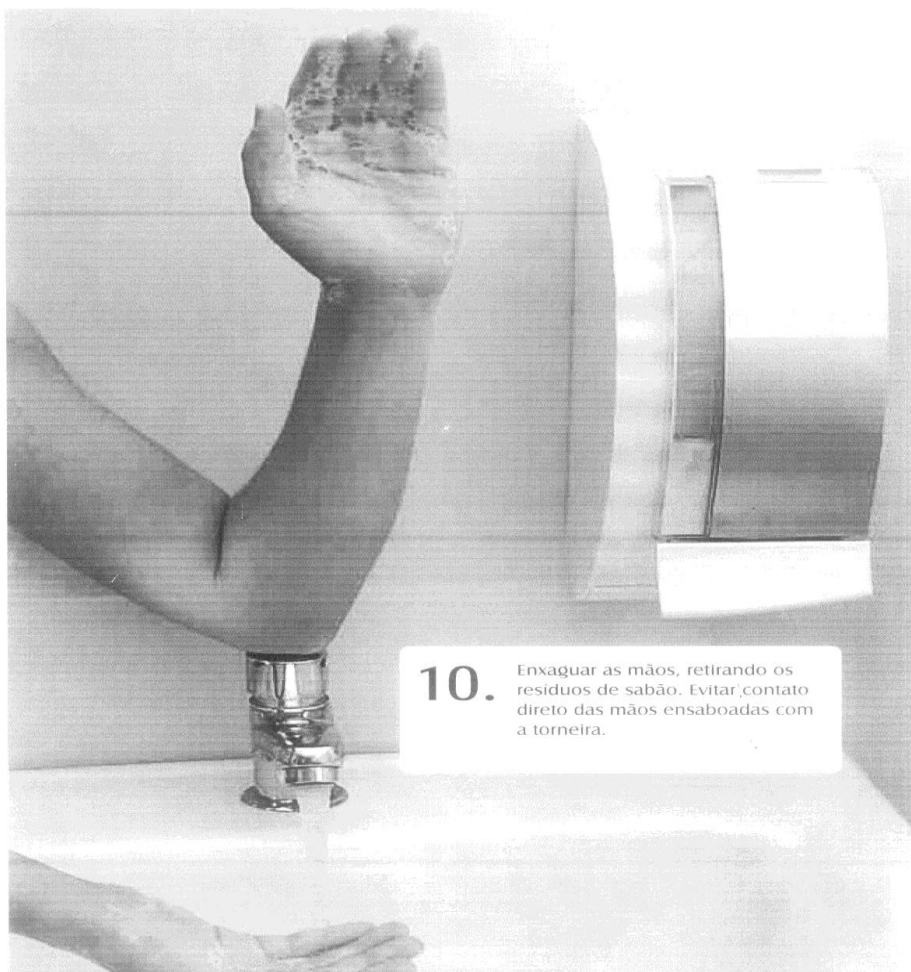


- 8.** Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



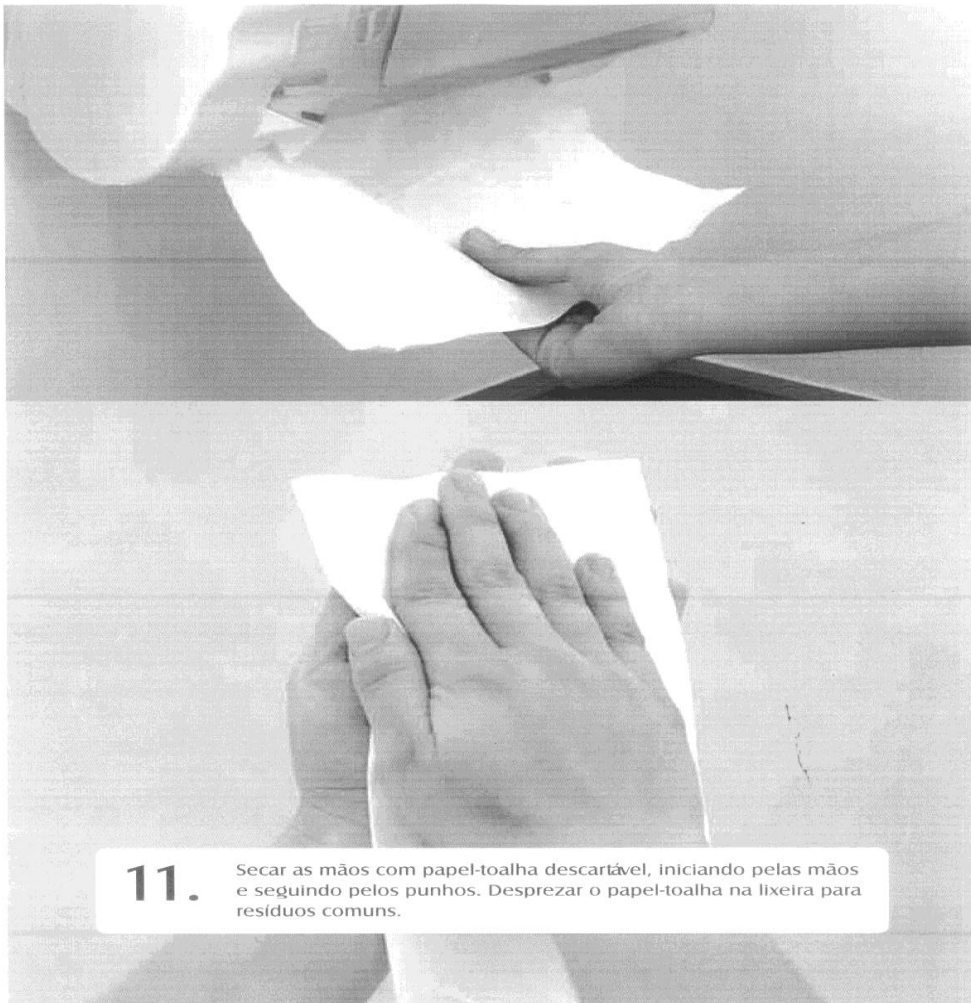
- 9.** Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.

ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106

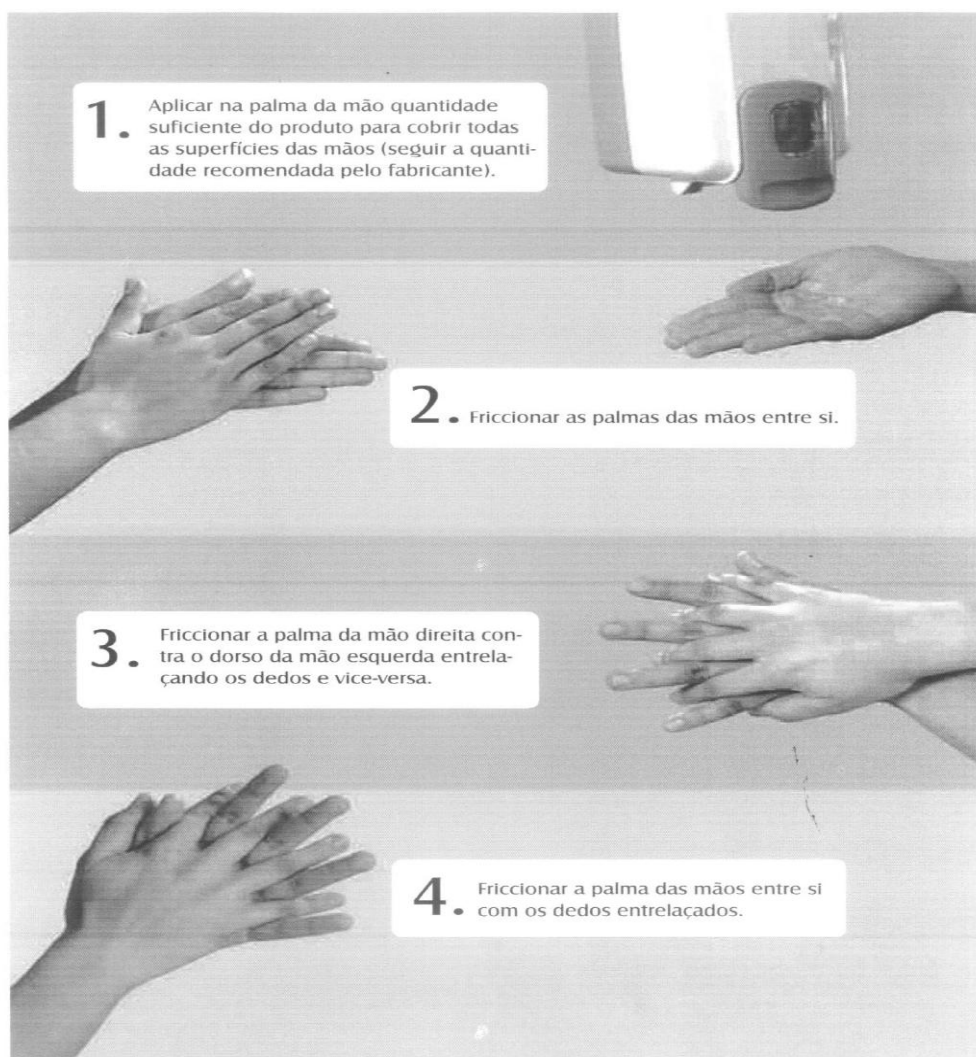


ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106

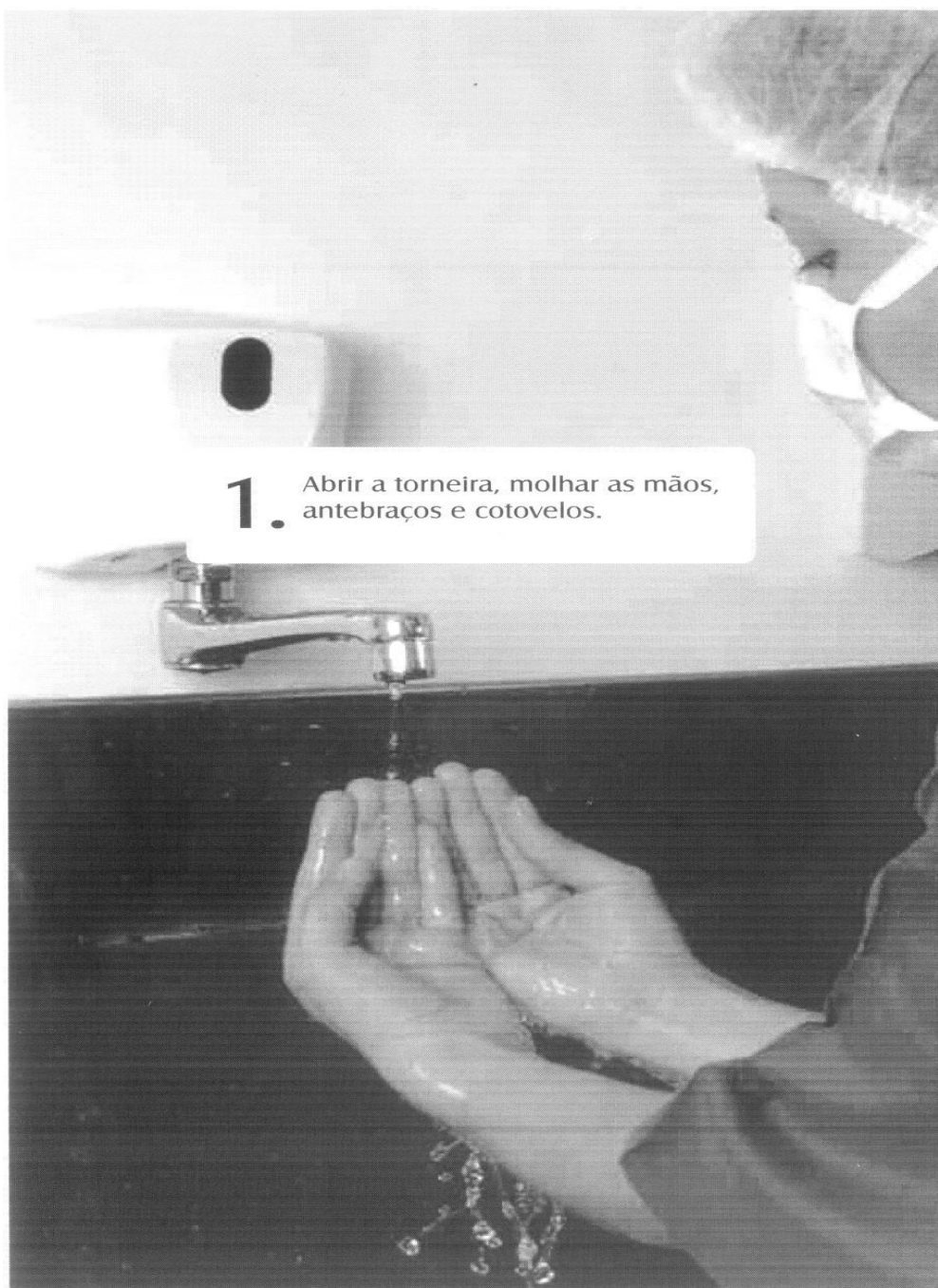
10m

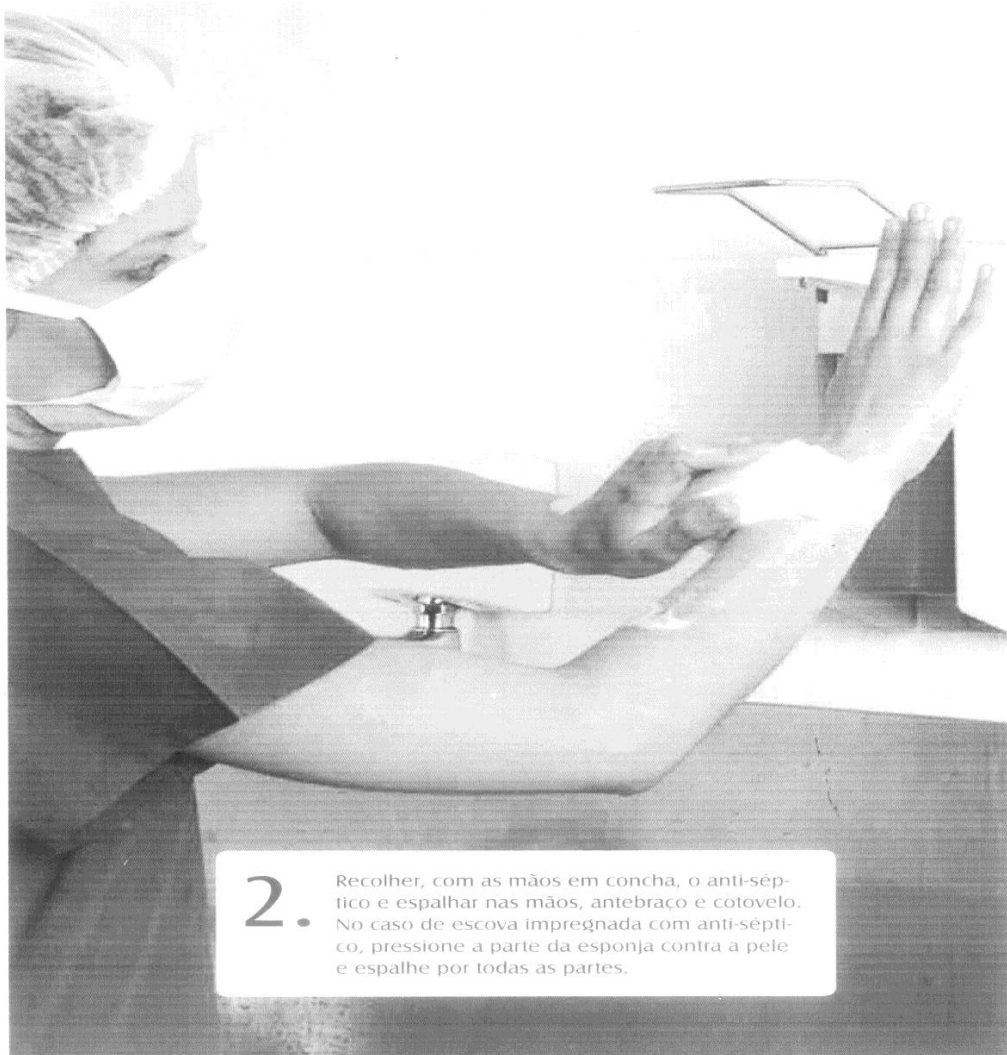


- 11.** Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.





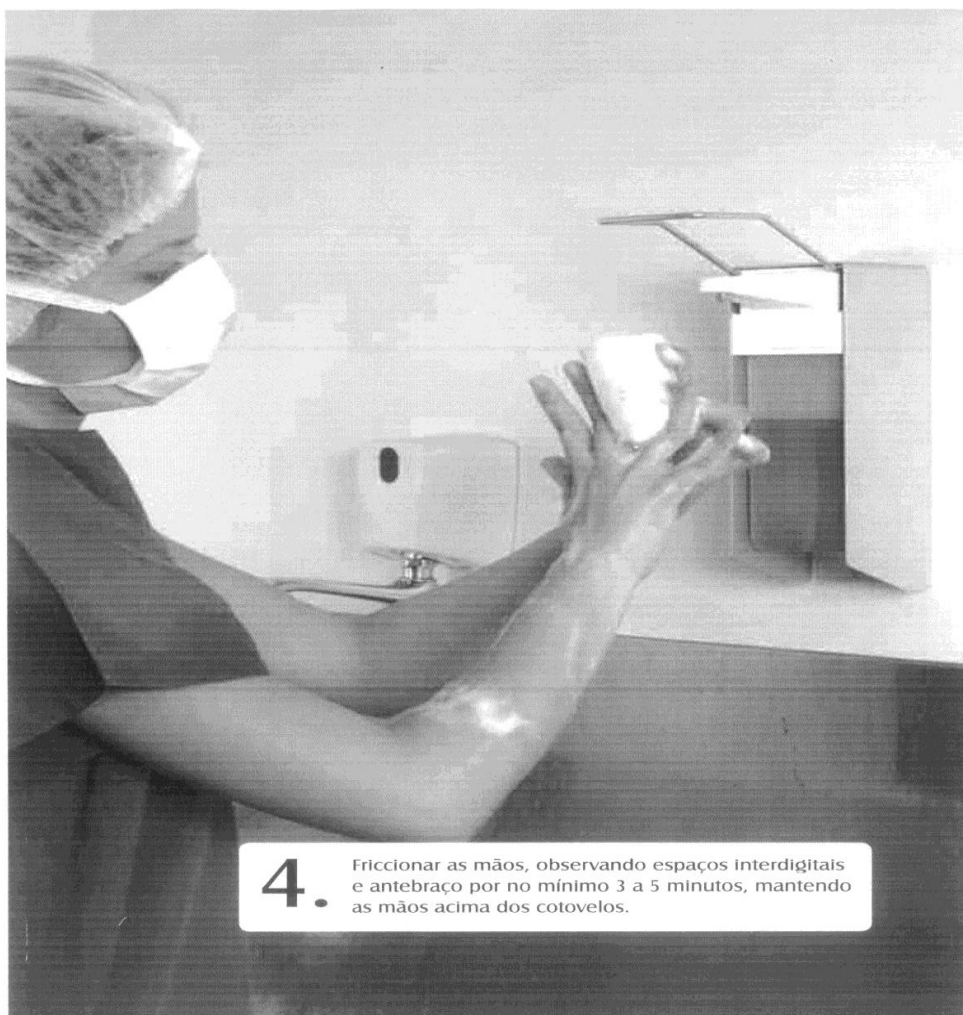




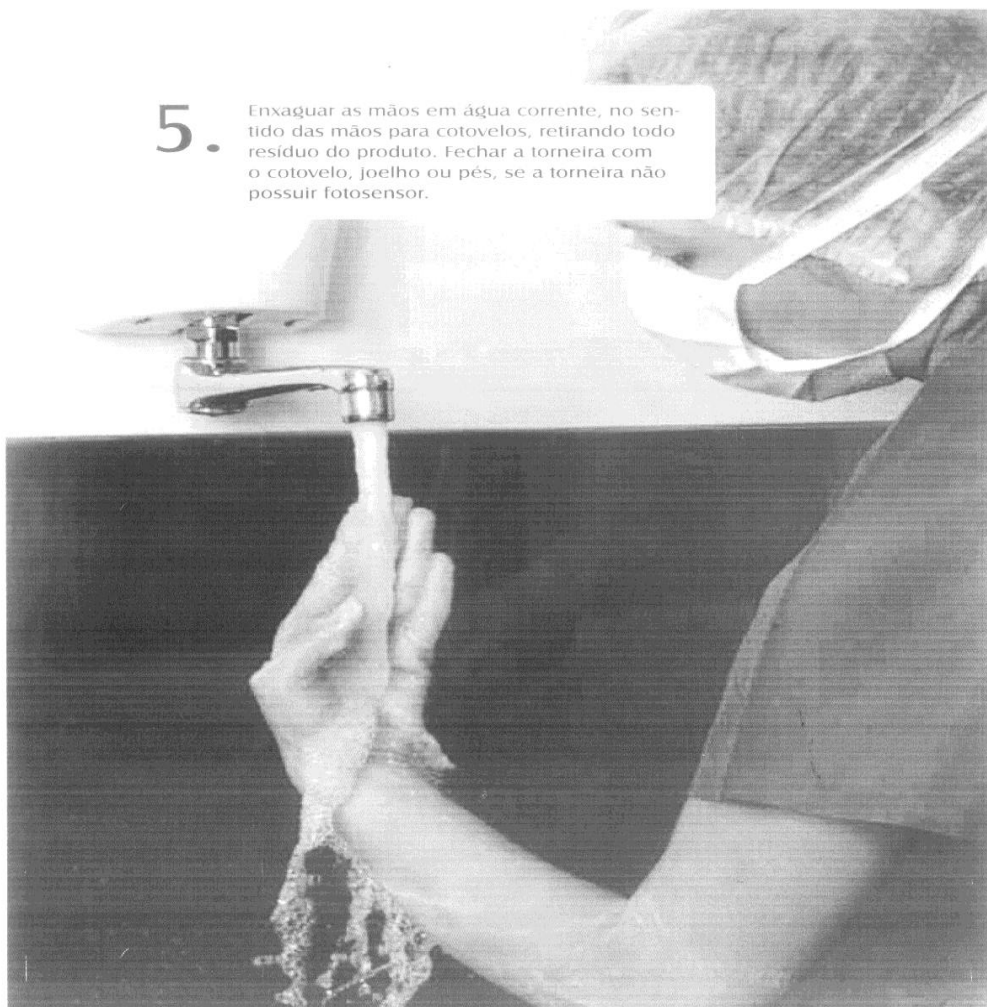
3.

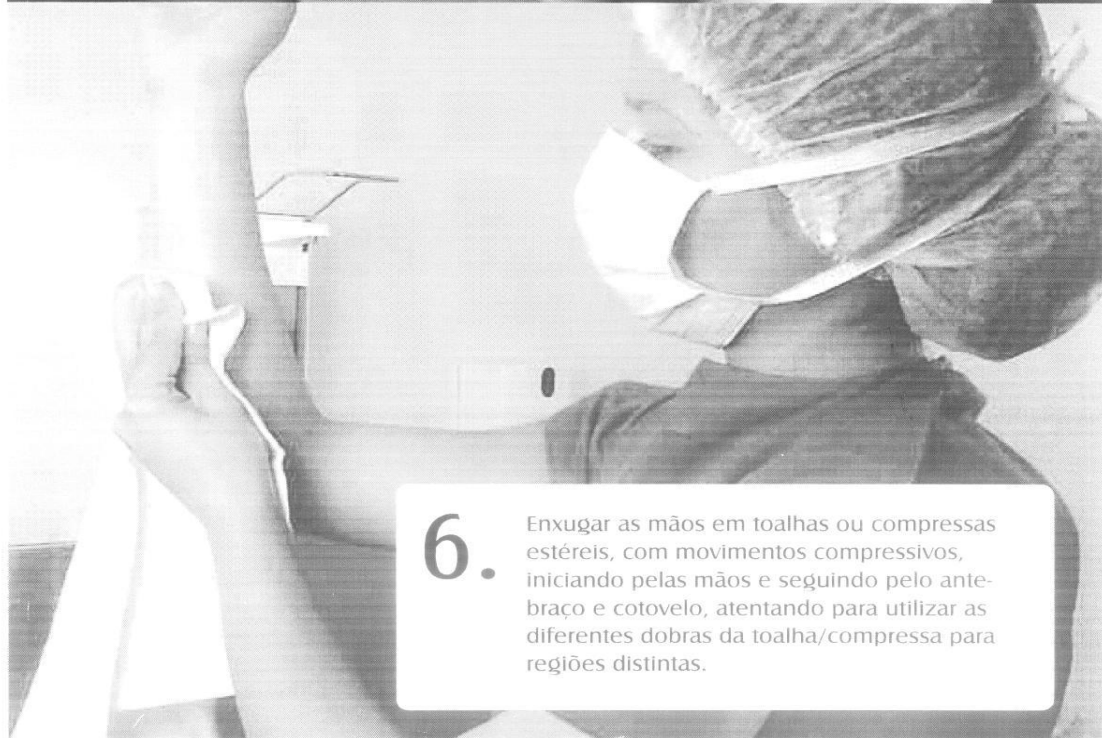
Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.





5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.





6. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

ANEXO XII – Manual Informativo para paciente e acompanhante e Termo de ciência

Manual Informativo para Pacientes e Acompanhantes

Este manual tem o objetivo de fornecer informações importantes para uma internação segura, confortável e humanizada.

Solicitamos a colaboração no cumprimento das normas descritas abaixo, e colocamo-nos à sua disposição.

1. IDENTIFICAÇÃO

Para a circulação nas dependências de internação o paciente, acompanhante e visitante deve estar com a pulseira de identificação.

2. PERTENCES

- Os valores e pertences pessoais do paciente internado deverão ser recolhidos pelo seu responsável no ato da internação, devendo ficar apenas produtos de higiene básica (desodorante, etc.), toalha e uma troca de roupa, que ficarão aos cuidados do paciente e/ou acompanhante;
- Não nos responsabilizamos por perdas, danos ou extravios de quaisquer objetos, inclusive joias, dinheiro, cartões de crédito, celulares e pertences em geral.

3. ACOMPANHANTES

- É permitido apenas 01 (um) acompanhante, no Setor de Repouso, para:
 - Paciente com idade inferior a 18 anos, atendendo ao Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990).
 - Paciente com idade superior a 60 anos, segundo critério médico, atendendo ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003).
 - Paciente psiquiátrico.
 - Paciente com necessidades especiais.(Exceções somente com autorização, por escrito, do enfermeiro responsável pelo setor).
- As trocas de acompanhantes são realizadas na recepção das 07:30h às 08:30h (manhã) e 20:30h às 21:30h (noite);
- O acompanhante de paciente adulto deverá ser preferencialmente do mesmo sexo a fim de se evitar possíveis constrangimentos aos demais pacientes do quarto;
- O acompanhante deve permanecer no quarto, cuidando somente de seu familiar, caso haja necessidade de se ausentar, deverá informar à equipe de enfermagem;
- Caso haja transferência do paciente para outra unidade de saúde, deverá haver um acompanhante no momento da saída;
- Não é permitido acompanhante na Sala de Emergência (Exceções somente com autorização, por escrito, do médico responsável ou do enfermeiro do Setor).



SANTA CASA
de Misericórdia de
São Bernardo do Campo

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PARA PACIENTES, ACOMPANHANTES E VISITANTES



TERMO DE CIÊNCIA

Eu, (PACIENTE/RESPONSÁVEL) _____
portador do documento de número (RG/CPF) _____ declaro
que recebi o manual de normas e rotinas para pacientes, acompanhantes e visitantes.

DATA ____/____/____

ASSINATURA _____

ENFERMEIRO (Carimbo e assinatura): _____



(AFIXAR NO PRONTUÁRIO)

4. VISITAS



Horário:

REPOUSO 11h00 às 13h00

EMERGÊNCIA 16h00 às 16h30

- **REPOUSO:** É permitido 02 visitantes, sem revezamento;
- **EMERGÊNCIA:** É permitido 01 visitantes, sem revezamento;
- Permitimos visitas religiosas, desde que com credenciais específicas para o desempenho de suas funções e cadastro antecipado com o serviço social.

5. ALIMENTAÇÃO



- A alimentação do paciente é de responsabilidade do Serviço de Nutrição;
- Não é permitida a entrada de alimentos. Casos especiais deverão ser autorizados pelo médico e nutricionista;
- Os acompanhantes permitidos receberão alimentação nos horários estabelecidos pelo serviço de nutrição, caso tenham restrição alimentar por doença pré-existente avisar na visita da nutricionista.

6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR



- Antes de entrar no quarto, lave as mãos e utilize álcool em gel que está localizado nos corredores;
- Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar ou colocar pertences no leito do paciente;
- Não é permitido fumar dentro da unidade e dependências;
- Não é permitido trazer flores;
- No caso de isolamento, as visitas são restritas. Dirija-se ao posto de enfermagem para receber orientações.



***Lembramos que é proibido filmar ou fotografar**
nas dependências da Unidade sem autorização.



**Agradecemos
sua colaboração!**

Sua participação é fundamental para a segurança,
o bem-estar e a recuperação de todos.

8.1 A) Proposta de Manual de Normas e Rotinas Assistenciais



✓ Descrição dos Processos Assistenciais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará os processos assistenciais das Unidades Básicas de Saúde de forma integrada, assegurando a prestação de atendimento resolutivo e qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde. A assistência será estruturada por meio das equipes multiprofissionais, garantindo a realização dos atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos, farmacêuticos e das demais categorias profissionais necessárias ao adequado funcionamento das unidades.

Os processos assistenciais compreenderão o atendimento aos usuários desde o acolhimento até a conclusão do atendimento ou encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, observando os fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos entre as Unidades Básicas de Saúde, os serviços de urgência e emergência, as unidades hospitalares, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os demais serviços integrantes da rede municipal e regional de saúde.

A execução das ações assistenciais contemplará a realização de consultas,

procedimentos médicos e de enfermagem, assistência odontológica, assistência farmacêutica, acompanhamento das equipes de Saúde da Família, Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais previstos no dimensionamento, garantindo continuidade do tratamento e acompanhamento dos usuários conforme a necessidade assistencial.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá ainda coordenação específica para Atenção Básica, Enfermagem, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, eMulti e Coordenação Médica, além de gerente em cada unidade, visando assegurar a adequada organização das atividades assistenciais.

Os processos contemplarão ainda a integração das ações dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Controle de Endemias, conforme coordenação da Vigilância em Saúde Municipal, bem como a organização territorial das equipes mediante proposta de reterritorialização das áreas de abrangência, observando as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Política Nacional de Atenção Básica vigente.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais das unidades, realizará o gerenciamento das equipes assistenciais, participará das comissões e grupos técnicos instituídos pela Secretaria Municipal de Saúde e garantirá suporte técnico de tecnologia da informação e comunicação necessário ao funcionamento dos serviços, assegurando a continuidade, organização e qualificação da assistência prestada.

✓ Fluxos de Trabalho

Os fluxos de trabalho serão organizados de forma a assegurar a continuidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde, observando as atribuições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e as responsabilidades assumidas pela A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo. O atendimento



compreenderá a recepção do usuário, acolhimento, realização das ações assistenciais pelas equipes multiprofissionais e encaminhamento, quando necessário, aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, garantindo a integração entre os serviços municipais.

As atividades assistenciais serão executadas pelas equipes previstas no Termo de Referência, sob coordenação dos respectivos responsáveis técnicos e coordenações instituídas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, assegurando a realização de consultas, procedimentos, acompanhamento clínico, assistência odontológica, assistência farmacêutica e demais ações inerentes à Atenção Primária à Saúde.

Os usuários que necessitarem de atendimento especializado, exames complementares ou outros serviços da Rede serão encaminhados de acordo com os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, preservando o processo de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção.

As equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolverão suas atividades conforme a territorialização definida pelo Município, mantendo atuação integrada com as Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais previstos no dimensionamento, garantindo o acompanhamento contínuo da população adscrita.

As ações dos Agentes Comunitários de Saúde serão desenvolvidas em articulação com os Agentes de Controle de Endemias, conforme coordenação da Vigilância em Saúde Municipal, observando a integração das atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde prevista no Termo de Referência.

O gerenciamento dos fluxos assistenciais será realizado pelos gerentes das unidades, coordenações técnicas e responsáveis técnicos designados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, garantindo o adequado funcionamento das unidades, a distribuição das atividades assistenciais, o acompanhamento das equipes e a organização dos serviços.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá



suporte técnico de tecnologia da informação e comunicação para assegurar o funcionamento das unidades, bem como manterá atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais vinculados aos serviços, possibilitando o adequado registro das atividades assistenciais.

Os fluxos de trabalho contemplarão ainda a participação dos profissionais nas comissões e grupos técnicos instituídos pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como a interlocução permanente com a gestão municipal para o acompanhamento da execução contratual, implementação das diretrizes assistenciais e organização dos serviços de saúde.

A proposta de reterritorialização das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família será elaborada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, observando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica vigente, permitindo a adequada organização dos fluxos assistenciais e da cobertura populacional das unidades.

✓ Responsabilidades da Equipes

As responsabilidades das equipes serão distribuídas de acordo com a estrutura organizacional estabelecida no Termo de Referência, assegurando a adequada execução das atividades assistenciais, administrativas e de apoio necessárias ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá equipes multiprofissionais compatíveis com o quantitativo e o perfil profissional estabelecidos no dimensionamento constante do Termo de Referência, garantindo a cobertura integral dos serviços contratados durante todo o período de funcionamento das unidades.

Os gerentes das unidades serão responsáveis pelo gerenciamento administrativo e operacional dos serviços, acompanhando a execução das atividades assistenciais, a



organização das rotinas de trabalho, a distribuição das equipes, o funcionamento da unidade, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e a interlocução permanente com a gestão municipal.

A Coordenação da Atenção Básica será responsável pelo acompanhamento técnico dos serviços, pela articulação entre as unidades, pelo apoio aos gerentes, pelo monitoramento da execução contratual e pelo alinhamento das ações assistenciais às diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Coordenação Médica acompanhará a organização dos serviços médicos, prestará apoio técnico às equipes, acompanhará o desenvolvimento das atividades assistenciais, contribuirá para a organização dos fluxos de atendimento e apoiará a gestão na implementação das ações previstas no contrato.

A Coordenação de Enfermagem acompanhará as atividades desenvolvidas pelas equipes de enfermagem, supervisionará a execução dos procedimentos inerentes à categoria profissional, apoiará os gerentes das unidades e acompanhará a organização dos processos assistenciais relacionados aos serviços de enfermagem.

A Coordenação da Saúde Bucal será responsável pelo acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, promovendo a integração das ações odontológicas com os demais serviços ofertados nas unidades e acompanhando a organização dos atendimentos previstos no Termo de Referência.

A Coordenação da Assistência Farmacêutica será responsável pela organização das atividades relacionadas à assistência farmacêutica, acompanhando os processos de armazenamento, controle, distribuição e dispensação de medicamentos, observando as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Coordenação das Equipes Multiprofissionais (eMulti) acompanhará a atuação dos profissionais integrantes dessas equipes, promovendo sua integração com as Equipes de Saúde da Família e apoiando o desenvolvimento das ações assistenciais previstas no contrato.



Os Responsáveis Técnicos designados para cada serviço responderão tecnicamente pelas atividades desenvolvidas em suas respectivas áreas de atuação, assegurando a conformidade da execução dos serviços sob sua responsabilidade e mantendo regularidade junto aos respectivos Conselhos Profissionais.

As equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolverão as ações assistenciais junto à população adscrita, em conformidade com a organização territorial definida pelo Município, atuando de forma integrada com os Agentes Comunitários de Saúde, Equipes Multiprofissionais (eMulti) e demais profissionais previstos no dimensionamento.

Os Agentes Comunitários de Saúde executarão suas atividades nas áreas de abrangência das equipes, mantendo articulação com os Agentes de Controle de Endemias, conforme coordenação da Vigilância em Saúde Municipal, contribuindo para a integração das ações desenvolvidas no território.

Compete ainda a todas as equipes manter atualizados os registros das atividades realizadas nos sistemas de informação utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, participar das reuniões, comissões e grupos técnicos quando convocados, colaborar com as ações de planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços e cumprir as rotinas, diretrizes e normas estabelecidas para a execução do contrato de gestão.

✓ Procedimentos Padronizados

Os procedimentos padronizados serão desenvolvidos pela A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos e com as obrigações previstas no Termo de Referência, assegurando uniformidade na execução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais em todas as Unidades Básicas de Saúde integrantes do contrato. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo possui processos assistenciais institucionalmente padronizados, desenvolvidos para garantir a uniformidade, a continuidade e a qualidade da assistência



prestada aos usuários. Após a assinatura do Contrato de Gestão, esses processos serão revisados, atualizados e adequados às diretrizes, protocolos, normas, rotinas e fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, contemplando integralmente os serviços previstos no Termo de Referência.

A padronização compreenderá a execução das atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, observando as atribuições de cada categoria profissional prevista no dimensionamento, bem como a organização dos serviços ofertados nas unidades. Os atendimentos serão realizados de forma integrada entre as equipes médicas, de enfermagem, saúde bucal, assistência farmacêutica, Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais previstos para a execução do objeto contratual.

Os procedimentos assistenciais serão executados conforme os protocolos, normas técnicas, diretrizes, rotinas e fluxos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, garantindo a uniformidade dos atendimentos, a continuidade da assistência e a integração entre os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde. Os processos assistenciais compreenderão todas as etapas relacionadas ao atendimento ao usuário, desde o acolhimento até a conclusão da assistência ou o encaminhamento aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, assegurando a integração entre as equipes multiprofissionais, a organização das atividades assistenciais e a observância dos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo padronizará os registros das atividades assistenciais nos sistemas de informação utilizados pelo Município, assegurando a fidedignidade das informações, a atualização dos dados assistenciais, a manutenção dos cadastros obrigatórios, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e o atendimento às exigências de monitoramento e prestação de contas previstas no contrato.

As rotinas operacionais das unidades contemplarão os Procedimentos Padronizados

para organização do funcionamento dos serviços, distribuição das equipes, gerenciamento das agendas, encaminhamento dos usuários aos serviços de referência quando indicado, acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes e comunicação permanente com a Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos relacionados à assistência farmacêutica observarão as rotinas estabelecidas para armazenamento, controle, distribuição e dispensação de medicamentos, conforme as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e as responsabilidades atribuídas à Coordenação da Assistência Farmacêutica.

As atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, Equipes Multiprofissionais (eMulti), Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais serão executadas conforme as áreas de abrangência definidas pelo Município, observando a organização territorial, a proposta de reterritorialização, quando aplicável, e a integração das ações assistenciais com a Vigilância em Saúde.

Os gerentes das unidades, coordenadores técnicos e responsáveis técnicos acompanharão a aplicação uniforme dos procedimentos estabelecidos, promovendo a organização das rotinas de trabalho, a integração entre as equipes e a observância das normas, diretrizes e orientações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

Sempre que houver atualização das diretrizes, normas técnicas, fluxos operacionais ou orientações emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a revisão e adequação dos Procedimentos Padronizados, garantindo a atualização dos processos assistenciais, a padronização das práticas institucionais, a continuidade da prestação dos serviços contratados e o pleno atendimento às disposições do Termo de Referência.

✓ Mecanismos de Controle

Os mecanismos de controle serão estruturados para assegurar o acompanhamento



permanente da execução dos serviços contratados, o cumprimento das obrigações estabelecidas no Termo de Referência e a conformidade das atividades desenvolvidas com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos de controle voltados ao acompanhamento das atividades assistenciais, administrativas e operacionais desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, promovendo a verificação contínua da execução dos serviços, da produtividade das equipes, da regularidade dos atendimentos, da utilização dos sistemas de informação oficiais e do cumprimento das metas, indicadores e demais obrigações contratuais.

Os registros das atividades assistenciais serão realizados nos sistemas de informação utilizados pelo Município, assegurando a rastreabilidade das ações desenvolvidas, a fidedignidade das informações registradas, a atualização permanente dos cadastros obrigatórios, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e a disponibilização das informações necessárias ao monitoramento, à avaliação dos serviços e à prestação de contas.

Os gerentes das unidades, coordenadores técnicos, responsáveis técnicos e demais profissionais designados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo acompanharão a execução das rotinas de trabalho, a aplicação dos procedimentos padronizados, a organização dos processos assistenciais e o cumprimento das diretrizes, normas e orientações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde, adotando as providências necessárias sempre que forem identificadas oportunidades de adequação dos processos.

O acompanhamento da execução contratual compreenderá a análise dos resultados alcançados, da produção assistencial, da execução das atividades previstas, do cumprimento dos indicadores estabelecidos no Contrato de Gestão e da observância das obrigações técnicas, assistenciais, administrativas e operacionais definidas no Termo de Referência.



A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controles internos destinados a subsidiar a gestão dos serviços, garantindo a disponibilidade das informações solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos órgãos de fiscalização e controle e pelas instâncias responsáveis pelo acompanhamento da execução do Contrato de Gestão, assegurando transparência, confiabilidade dos registros e conformidade com as disposições contratuais.

Sempre que identificada a necessidade de atualização dos processos, dos fluxos de trabalho ou dos procedimentos institucionais, serão promovidas as adequações necessárias para garantir a continuidade da prestação dos serviços e o atendimento integral às diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos.

✓ Monitoramento e atualização

O monitoramento e a atualização dos processos assistenciais do Lote I serão conduzidos de forma contínua, sistemática e integrada, constituindo um eixo estruturante da governança clínica e da gestão por resultados, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica, do Termo de Referência e do Anexo II.

O processo de monitoramento será baseado na utilização de indicadores assistenciais, epidemiológicos, operacionais, de qualidade, segurança do paciente e satisfação dos usuários, permitindo a avaliação permanente da efetividade, eficiência e resolutividade das ações desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, equipes multiprofissionais (eMulti), saúde bucal e atenção domiciliar.

Será implantado sistema de monitoramento em tempo real, por meio de prontuário eletrônico, painéis gerenciais (dashboards) e relatórios analíticos periódicos, com consolidação de dados provenientes dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e sistemas próprios de gestão, assegurando rastreabilidade, confiabilidade das informações e suporte à tomada de decisão gerencial.



Serão realizadas reuniões periódicas de monitoramento, com análise crítica dos indicadores pactuados, avaliação de metas contratuais, identificação de não conformidades, discussão de eventos adversos, avaliação de fluxos assistenciais e definição de planos de ação corretiva e preventiva, com responsabilização das equipes envolvidas e prazos definidos para reavaliação.

A atualização dos processos assistenciais será realizada de forma estruturada, sempre que houver alterações nas diretrizes do Ministério da Saúde, evidências científicas atualizadas, mudanças normativas, necessidades epidemiológicas do território ou identificação de oportunidades de melhoria decorrentes do monitoramento sistemático dos indicadores.

Os Protocolos Clínicos, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), fluxos assistenciais, linhas de cuidado e manuais institucionais serão revisados periodicamente, com participação das coordenações técnicas, equipe multiprofissional e comissões internas, garantindo validação técnica, aderência às boas práticas e uniformização das condutas assistenciais.

Será instituído programa permanente de melhoria contínua da qualidade, baseado em ciclos de avaliação, planejamento, execução, verificação e ação corretiva (ciclo PDCA), integrando auditoria clínica, gestão de riscos assistenciais, análise de eventos adversos e implementação de medidas de segurança do paciente.

A educação permanente será utilizada como ferramenta estratégica de atualização dos processos assistenciais, promovendo capacitação contínua das equipes, disseminação de protocolos atualizados, incorporação de novas práticas baseadas em evidências e fortalecimento da cultura de qualidade e segurança na atenção primária.

O sistema de monitoramento também contemplará a análise de indicadores de acesso, tempo de espera, cobertura assistencial, longitudinalidade do cuidado, resolutividade clínica, adesão aos protocolos, produtividade das equipes, absenteísmo, indicadores de vigilância em saúde e desfechos clínicos prioritários.



Os resultados obtidos no monitoramento serão sistematicamente apresentados em relatórios gerenciais e painéis de controle, subsidiando decisões estratégicas, redefinição de metas, reorganização de processos de trabalho e readequação de recursos, quando necessário.

Dessa forma, o monitoramento e a atualização dos processos assistenciais serão compreendidos como um mecanismo dinâmico e permanente de qualificação da atenção à saúde, assegurando melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do paciente, eficiência operacional e conformidade com os objetivos contratuais estabelecidos.

- ✓ Estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência.

As estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência serão estruturadas de forma integrada, visando assegurar a execução qualificada dos serviços contratados, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ferraz de Vasconcelos, das obrigações previstas no Termo de Referência e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo uma gestão orientada por resultados, segurança assistencial e melhoria contínua dos processos.

A organização dos serviços será fundamentada na padronização dos processos assistenciais, administrativos e operacionais, garantindo uniformidade das práticas institucionais, integração entre as equipes multiprofissionais, adequada distribuição das atividades, utilização racional dos recursos disponíveis e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

As ações voltadas à qualidade serão desenvolvidas por meio da utilização de protocolos assistenciais, procedimentos operacionais padronizados, linhas de cuidado, auditorias internas, monitoramento de indicadores, avaliação sistemática dos processos de trabalho e implementação de planos de melhoria contínua, assegurando a conformidade

das atividades com as diretrizes técnicas, legais e contratuais.

A segurança do paciente constituirá eixo transversal da organização dos serviços, sendo observadas as metas internacionais de segurança, as práticas de identificação correta do usuário, comunicação efetiva entre profissionais, uso seguro de medicamentos, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência, gerenciamento de riscos, notificação e análise de incidentes, cultura de segurança e adoção de medidas preventivas destinadas à redução de eventos adversos.

A eficiência operacional será promovida por meio da organização dos fluxos assistenciais, otimização dos processos de trabalho, gestão das agendas, monitoramento dos tempos de atendimento, adequada utilização da capacidade instalada, integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, utilização dos sistemas oficiais de informação e acompanhamento permanente dos indicadores assistenciais, operacionais e epidemiológicos.

Serão desenvolvidas ações permanentes de educação continuada e educação permanente, visando à atualização técnica dos profissionais, fortalecimento das competências das equipes, disseminação de boas práticas assistenciais, incorporação de evidências científicas e aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados à população.

A gestão utilizará metodologias de melhoria contínua, incluindo análise crítica dos indicadores, ciclos de planejamento, execução, avaliação e readequação dos processos, identificação de oportunidades de melhoria, gerenciamento de riscos, auditorias assistenciais e monitoramento dos resultados alcançados, promovendo maior efetividade, resolutividade e sustentabilidade da assistência.

As estratégias de organização também contemplarão o fortalecimento da comunicação entre as equipes, a integração multiprofissional, o planejamento compartilhado das ações, o apoio técnico às unidades, a utilização de painéis gerenciais, reuniões periódicas de acompanhamento e mecanismos de governança clínica capazes de



subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências.

Dessa forma, as estratégias de organização, qualidade, segurança e eficiência contribuirão para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, assegurando a prestação de serviços humanizados, seguros, resolutivos e alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde, às normas da Secretaria Municipal de Saúde e aos objetivos estabelecidos no Contrato de Gestão, promovendo a melhoria contínua da assistência e a satisfação dos usuários.

A seguir, apresenta-se a Proposta do Manual de Normas, Rotinas e Protocolos Operacionais da Enfermagem, documento institucional que reúne as diretrizes técnicas e operacionais para a organização da assistência, padronização das rotinas e qualificação dos processos de trabalho das equipes de enfermagem.



SANTA CASA

de Misericórdia de
São Bernardo do Campo



PROPOSTA DE

MANUAL

DE NORMAS, ROTINAS E PROTOCOLOS OPERACIONAIS

da Enfermagem

DIRETRIZES PARA UMA ASSISTÊNCIA
SEGURA, QUALIFICADA E HUMANIZADA



SEGURANÇA
DO PACIENTE



ATENÇÃO
HUMANIZADA



PADRONIZAÇÃO
E QUALIDADE



ORGANIZAÇÃO
E EFICIÊNCIA



COMPROMISSO
COM A VIDA



COMPROMISSO
COM A VIDA.
CUIDADO QUE TRANSFORMA.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
POP 001 - INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	6
POP 002 - PASSAGEM DE PLANTÃO	8
POP 003 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	10
POP 004 - REALIZAÇÃO DA SAE	13
POP 005 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE MEDICAÇÃO	17
POP 006 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE REPOUSO/INTERNAÇÃO	18
POP 007 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS19	
POP 008 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE EMERGÊNCIA/ SEMI-INTENSIVA	20
POP 009 - PREPARO DO LEITO DE EMERGÊNCIA.....	21
POP 010 - CARRINHO DE EMERGÊNCIA.....	23
POP 011 - ADMISSÃO DE PACIENTE CRÍTICO EM EMERGENCIA	25
POP 012 - ADMISSÃO DE PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO/ REPOUSO	27
POP 013 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	29
POP 014 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA.....	34
POP 015 - CONTROLE DE PULSO.....	35
POP 016 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	36
POP 017 - CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR.....	37
POP 018 - CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.....	38
POP 019 - CONTROLE HÍDRICO	40
POP 020 - PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC).....	41
POP 021 - OXIMETRIA DE PULSO	43
POP 022 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	44
POP 023 - ELETROCARDIOGRAMA.....	46
POP 024 - APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	48
POP 025 - SALINIZAÇÃO DO DISPOSITIVO ENDOVENOSO PERIFÉRICO	50
POP 026 - PREPARO DE MEDICAÇÃO PARENTERAL - PUNÇÃO VENOSA.....	52
POP 027 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)	55
POP 028 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)	58
POP 029 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM).....	59
POP 030 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)	64
POP 031 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR.....	66
POP 032 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	67

POP 033 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	70
POP 034 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	71
POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA GÁSTRICA	72
POP 036 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR	73
POP 037 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA CUTÂNEA OU TÓPICA	75
POP 038 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	76
POP 039 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	78
POP 040 - ADMINISTRAÇÃO DE INALAÇÃO	80
POP 041 - VACINAÇÃO	82
POP 043 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE VENOSO	85
POP 044 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE ARTERIAL	87
POP 045 - COLETA PARA EXAME DE ESCARRO	89
POP 046 - COLETA PARA EXAME DE URINA I	90
POP 047 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS (CLEARANCE DE CREATININA)	91
POP 048 - PREPARO DE PACIENTES INTERNADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES	93
POP 050 - APLICAÇÃO DE CALOR	97
POP 051 - APLICAÇÃO DE FRIO	99
POP 052 - REALIZAÇÃO DE BANHO DE ASPERSÃO	101
POP 053 - REALIZAÇÃO DE BANHO NO LEITO	103
POP 054 - MASSAGEM DE CONFORTO	106
POP 055 - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	108
POP 056 - UTILIZAÇÃO DE COMADRE E COMPADRE	110
POP 057 - OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL	112
POP 058 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	114
POP 059 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	116
POP 060 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA ABERTO	119
POP 061 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA FECHADO	122
POP 062 - ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMIA	125
POP 063 - MONTAGEM DE CAIXAS COM KITS PARA PROCEDIMENTOS	127
POP 064 - PREPARO PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	Erro! Indicador não definido.
POP 065 - TROCA DE CIRCUITOS DOS RESPIRADORES	133
POP 067 - LIMPEZA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	134
POP 068 - RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)	137
POP 069 - PREPARO PARA PASSAGEM DE INTRACATH	139
POP 071 - PREPARO PARA DRENAGEM TORÁCICA	140
POP 072 - CUIDADOS COM DRENO DE TÓRAX	141

POP 073 - CONTROLE DE DRENAGENS (SONDAS E DRENOS).....	143
POP 074 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA	145
POP 075 - SONDAGEM NASOENTERAL.....	147
POP 076 - TROCA DA FIXAÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL.....	151
POP 077 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	151
POP 078 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	155
POP 079 - CONTROLE DE DIURESE ESPONTÂNEA	157
POP 080 - CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTE COM SONDA VESICAL.....	159
POP 081 - LAVAGEM INTESTINAL	160
POP 082 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA	162
POP 083 - ADAPTAÇÃO DE BOLSA COLETORA EM FÍSTULA ABDOMINAL.....	163
POP 084 - CURATIVOS	165
POP 085 - CURATIVOS COM COBERTURA DE HIDROCOLOIDE	170
POP 086 - CURATIVOS COM COBERTURA DE FILME DE POLIURETANO.....	173
POP 087 - CUIDADOS COM TRAÇÃO ORTOPÉDICA	175
POP 088 - PREVENÇÃO DE QUEDAS	176
POP 089 - CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE	179
POP 090 - AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO DO PACIENTE.....	182
POP 091 - POSICIONAMENTO DO PACIENTE NO LEITO.....	184
POP 093 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA CADEIRA	192
POP 094 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DO LEITO PARA A MACA E DA MACA PARA O LEITO	195
POP 095 - TROCA DE ROUPA DE CAMA COM PACIENTE NO LEITO – CAMA ABERTA	198
POP 096 - PREPARO DA CAMA HOSPITALAR – CAMA FECHADA E CAMA DE OPERADO	200
POP 098 - PERTENCES DO PACIENTE	203
POP 099 - MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS	204
POP 100 - PROCESSAMENTO PARA DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMI CRITICOS DE INALOTERAPIA	208
POP 102 - ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE DISPOSITIVOS.....	211
POP 103 - PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO	216
POP 104 - LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE	226
POP 105 - LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE	228
POP 106 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	230
POP 107 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA.....	232
POP 108 - ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS.....	234
POP 109 - USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPIs	235
POP 110 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	240
POP 111 – TRANSFERENCIA DE PACIENTE PELO MAQUEIRO.....	242

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	244
ANEXOS.....	247
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS.....	248
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS.....	248
ANEXO V– ESCALA DE GLASGOW	Erro! Indicador não definido.
ANEXO VI – PRECAUÇÃO DE CONTATO	251
ANEXO VII – PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS	252
ANEXO VIII – PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS	253
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	253
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	255
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	256
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	257
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	258
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	259
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106	259
ANEXO X – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 107.....	261
ANEXO X – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 107.....	262
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS– POP 108.....	263
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	264
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	265
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	266
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	267
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108.....	268
ANEXO XII – Manual Informativo para paciente e acompanhante e Termo de ciência.....	Erro! Indicador não definido.
1. IDENTIFICAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. PERTENCES.....	Erro! Indicador não definido.
3. ACOMPANHANTES	Erro! Indicador não definido.
(AFIXAR NO PRONTUÁRIO).....	Erro! Indicador não definido.
4. VISITAS	Erro! Indicador não definido.
5. ALIMENTAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Erro! Indicador não definido.
7. CRÍTICAS E SUGESTÕES.....	Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO

Este instrumento de trabalho foi desenvolvido seguindo os princípios científicos, normas e protocolos do Ministério da Saúde, integrado à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e seguindo as condutas éticas determinadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN/SP, garantindo a qualidade na assistência de enfermagem.

Tem o objetivo de reduzir o desperdício de material, aumentar a produtividade e a qualidade dos processos, garantir maior segurança aos clientes e trabalhadores, padronizar e minimizar os desvios na execução das atividades, facilitar os processos de capacitação e treinamento dos colaboradores.

Todo o processo segue o Procedimento Operacional Padrão (POP) que é roteiro para a padronização de tarefas e deve ser obrigatoriamente seguido pela equipe de Enfermagem.

O Protocolo Operacional Padrão será revisado a cada 2 anos, e atualizado sempre que necessário, de acordo com as mudanças nos protocolos e determinações vigentes.

POP 001 - INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

**AGENTE
S**

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

CONCEITO	Princípio 1: Economia de Energia Adotar uma sequência lógica das etapas a serem seguidas na execução de procedimentos contribui para evitar movimentos desnecessários, dispende energia e diminuir o desconforto físico do paciente e do profissional. A habilidade psicomotora, destreza manual e mecânica corporal adequada também economizam energia. Princípio 2: Economia de Tempo Adotar uma sequência lógica das etapas a serem seguidas, contribui para economizar movimentos, energia e otimizar o tempo dispensado em cada procedimento. O planejamento da ação, postura corporal e habilidade psicomotora também contribuem para a economia de tempo. Princípio 3: Economia de Material Definir os materiais necessários antes da execução do procedimento evita o desperdício. Padronizar o material, utilizar kits e bandejas comuns em todas as unidades de atendimento e organizá-los antes de executar o procedimento, evita a perda de tempo e energia, além de não causar ansiedade no paciente e no profissional. Princípio 4: Controle de Infecção Adotar princípios científicos e destreza manual na sequência das etapas a serem seguidas, contribui para diminuir o risco de infecção cruzada, aumentando assim a segurança do profissional e do paciente.
MÉTODO	Ordem de etapa padrão para todos os procedimentos 11. Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento; 12. Preparar o material necessário; 13. Organizar o ambiente; 14. Identificar o paciente pelo nome e certificar-se do procedimento a ser desenvolvido, conferindo o prontuário do paciente; 15. Orientar paciente, familiares e acompanhantes sobre o cuidado de enfermagem a ser prestado; 16. Respeitar a privacidade e tradições do paciente; 17. Colocar o material sobre a mesa da cabeceira; 18. Posicionar o paciente confortavelmente;

	19. Manter o ambiente em ordem após cada procedimento; 20. Checar todo procedimento realizado no prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ A equipe de enfermagem deve apresentar-se devidamente uniformizada, sem adornos grandes, unhas aparadas, sapato fechado, crachá de identificação e material no bolso. ✓ Procurar chegar com 10 (dez) minutos de antecedência para receber o plantão. ✓ Seguindo NR32

POP 002 - PASSAGEM DE PLANTÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A passagem de plantão, entrega ou troca de turno é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação de forma clara, objetiva e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta e/ou indireta ao paciente durante um turno de trabalho. Tem o objetivo de melhorar a comunicação entre as equipes de enfermagem, transmitindo informações sobre as intercorrências, pendências, situações e fatos específicos da unidade, garantindo a continuidade da assistência e o planejamento do trabalho. Sempre seguir os horários padronizados à passagem de plantão: 07:00 horas e 19:00 horas.
RECURSOS	2. Profissionais; 3. Prontuários; 4. Impressos.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 4. Realizar a passagem de plantão entre Enfermeiros; 5. Supervisionar e participar da passagem de plantão da equipe de enfermagem; 6. Orientar a equipe sobre a importância do silêncio durante a passagem de plantão.

**OBSERV
AÇÕES**

Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:

6. Realizar passagem de plantão beira leito entre Técnicos/Auxiliares de Enfermagem;
7. Identificar adequadamente o paciente (nome, leito, diagnóstico clínico);
8. Evitar conversas paralelas durante a passagem de plantão;
9. Enfatizar as "intercorrências" relevantes à assistência de enfermagem;
10. O tempo de passagem de plantão não deve ultrapassar 20 (vinte) minutos.

- ✓ Manter o ambiente calmo e tranquilo para realização da passagem de plantão entre as duas equipes de enfermagem: a que está encerrando e a que está iniciando o plantão.
- ✓ Se esquecer de passar dados importantes na assistência prestada, deve-se comunicar ao Enfermeiro após o término da passagem de plantão.
- ✓ Se por qualquer motivo um profissional não participar da passagem de plantão, deverá assim que chegar se dirigir ao Enfermeiro responsável para justificar sua ausência.
- ✓ Procurar chegar 10 (dez) minutos antes do início do plantão.
- ✓ Relatar as intercorrências, exames pendentes, preparos para exames, falta de medicamentos ou materiais, etc.
- ✓ Passar a medicação (caixa de medicamentos) de cada paciente para o Técnico/Auxiliar de Enfermagem que assumir o plantão.
- ✓ Observar a checagem da medicação na prescrição.
- ✓ Checar condições gerais dos pacientes (sinais vitais, acesso venoso, etc).
- ✓ Passar em plantão a condição do carrinho de emergência, bandejas com kit de procedimentos, funcionamento do desfibrilador, monitores, oxímetros e respiradores.
- ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos da unidade.

POP 003 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o registro de todos os cuidados prestados aos pacientes internados. As anotações de enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é uma fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Tem o objetivo de assegurar a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, fornecendo informações sobre a assistência prestada e identificando alterações do estado e condições do paciente. Possibilita a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados e favorece a detecção de novos problemas e avaliação dos cuidados.
RECURSOS	3. Computador, sistema CMDPRO; 4. Carimbo do profissional.
MÉTODO	Ao Enfermeiro competente: 5. Realizar evolução de enfermagem; 6. Avaliar os relatórios de enfermagem realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem; 7. Supervisionar a equipe de enfermagem durante a realização dos relatórios de enfermagem; 8. Orientar quanto aos aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem. Ao Técnico/Auxiliar de enfermagem competente descrever e registrar: ➤ Durante a admissão: 7. Nome completo do paciente, com diagnóstico, data e hora da admissão; 8. Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas); 9. Presença de acompanhante ou responsável; 10. Queixas relacionadas ao motivo de internação; 11. Procedimentos realizados conforme prescrição médica ou instruções de trabalho; 12. Intercorrências durante o período de internação. ➤ Transferência de unidade:

4. Horário, motivo de transferência, unidade de destino, forma (condições de transporte) e intercorrências;
5. Cuidados realizados;
6. Queixas.

➤ **Alta hospitalar:**

4. Data e hora da alta e saída da unidade;
5. Procedimentos e cuidados realizados;
6. Orientações prestadas.

➤ **Higiene:**

2. Tipo de banho: leito, imersão e aspersão em cadeira de banho, com auxílio ou deambulando.

➤ **Higiene íntima:**

2. Motivo da higiene, aspecto do aparelho genital, presença de secreção, edema e hiperemia.

➤ **Diurese:**

5. Se espontânea, por sonda vesical de alívio ou de demora; cistostomia;
6. Característica da diurese (coloração e odor);
7. Volume da diurese (oligúria, anúria, poliúria);
8. Presença de anormalidades (piúria, hematúria, colúria, presença de sedimentos, entre outras).

➤ **Evacuação:**

6. Episódios (com respectivos horários);
7. Quantidade;
8. Consistência (pastosa, líquida, semilíquida);
9. Vias de eliminação (reto e ostomias);
10. Anotar anormalidades (presença de sangue, pus, muco, etc.).

➤ **Drenos:**

4. Local de inserção e tipo;
5. Aspecto e quantidade do líquido drenado;

**OBSERV
AÇÕES**

6. Sinais e sintomas observados.

➤ **Curativos:**

6. Local da lesão;
7. Data e horário de realização;
8. Sinais e sintomas observados (presença de exsudado seroso, sanguinolento, purulento e pio-sanguinolento);
9. Tipos de curativo (aberto, oclusivo, compressivo e semi-oclusivo);
10. Descrever o material utilizado (pomadas entre outros).

➤ **Acesso venoso periférico/ central:**

5. Local de inserção;
6. Data e hora da instalação;
7. Motivo de troca ou retirada;
8. Sinais e sintomas observados (sinais flogísticos);

➤ **Administração de medicamentos:**

11. Registrar a via onde foi administrado os medicamentos (vias EV, IM, SC, ID e VO), e checar após a administração.

➤ **Intercorrências:**

2. Descrição da intercorrência, sinais e sintomas observados e conduta tomada.

➤ **Ações Corretivas:**

- ✓ As anotações de enfermagem devem ser realizadas de forma cronológica aos acontecimentos e cuidados prestados;
- ✓ Ao final da anotação, deve-se imprimir, carimbar e assinar com nome do profissional que a realizou.
- ✓ Não usar termos que deem conotação de valor nas anotações (bem, mal, muito, bastante, entre outros).
- ✓ Durante as anotações de enfermagem deve-se utilizar termos técnicos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação/ realizar as anotações de enfermagem de forma clara e objetiva.
- ✓ Não nos casos de engano, usar “digo”, entre vírgulas.

POP 004 - REALIZAÇÃO DA SAE	
AGENTES	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do Enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe. É o conjunto das fases (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem), coordenadas entre si e que funcionam como uma estrutura organizada. Tem o objetivo de possibilitar a sistematização, planejamento e avaliação do cuidado de enfermagem prestado ao paciente. A Lei 7498/1986 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, regulamentado pelo decreto 94.406/1987 do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e uma Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): Determina a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições Brasileiras de Saúde. Art. 1 - Ao Enfermeiro incumbe: I - Privativamente; a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Art. 3 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, devendo ser composta pelo Processo de Enfermagem. 5. Histórico de Enfermagem - HE É um levantamento dos dados subjetivos e objetivos do paciente para identificar seus problemas, tornando possível o desenvolvimento de todas as outras fases do processo de enfermagem, sendo que seu preenchimento é uma atividade específica do Enfermeiro. É composto de duas fases: c) Entrevista: questionário próprio para recolher dados sobre a situação de saúde; d) Exame Físico: Conjunto de técnicas e manobras com o intuito de detectar problemas de funcionalidade, anatomia, entre outros, para possíveis intervenções e prevenção do agravamento do estado de saúde do paciente. 6. Diagnóstico de Enfermagem - DE

Trata-se de um julgamento após análise de dados coletados no histórico (entrevista e exame físico) das limitações e dos recursos necessários ao paciente. Nessa fase, o Enfermeiro avalia os problemas de saúde reais ou potenciais que são possíveis de regulação por meio das atividades de enfermagem.

7. Prescrição de Enfermagem - PE

É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente, com o objetivo de prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

O momento de realização da SAE é na admissão, de modo complementar, no decorrer do dia, na alta do paciente ou sempre que o Enfermeiro julgar necessário a mudança de conduta.

A SAE é um recurso para:

- Planejar intervenções e gerenciar a implantação da mesma pela equipe de Enfermagem;
- Direcionar o cuidado através de registro documentado;
- Gerar registros de dados para pesquisa e questões legais;
- Deve ser descrito com verbo de ação no infinitivo (fazer, encaminhar, aplicar, banhar, orientar, esclarecer, controlar, acompanhar);
- Estabelecer o que fazer, como fazer e quando fazer;
- Ser dirigida pelos diagnósticos de enfermagem, médicos e outros problemas levantados (prescrição médica, exames e cirurgias);
- As atividades prescritas devem ser cumpridas pela equipe de enfermagem, sendo checada e rubricada por quem realizou (data, nome, COREN e carimbo);
- Deve ser feita diariamente para todos os pacientes em observação e internados com prescrição médica.

8. Evolução de Enfermagem - EE

É a anotação diária do Enfermeiro sobre o estado de saúde do paciente. É refeita na vigência de alteração no estado de saúde do paciente, sempre anotando horário de sua alteração.

A evolução dos pacientes deve ser baseada no exame físico, sinais e sintomas e relato do paciente ou acompanhante.

	As anotações devem ser registradas em prontuário do paciente via sistema, com data, horário, assinatura e carimbo.
RECURSOS	12. Estetoscópio; 13. Esfigmomanômetro; 14. Termômetro; 15. Relógio de pulso; 16. Lanterna clínica; 17. Otoscópio; 18. Espátula de madeira; 19. Fita métrica; 20. Balança; 21. Régua antropométrica. 22. Computador, sistema CMDPRO
MÉTODO	4. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 6. Ambiente calmo e tranquilo para realização do exame físico. Ao Enfermeiro compete: 12. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante, explicando a importância da SAE; 13. Realizar coleta de dados (histórico de enfermagem) junto ao paciente, registrando em sistema; 14. Proceder a higienização das mãos; 15. Calçar luvas de procedimento; 16. Proceder a realização do exame físico céfalocaudal; 17. Retirar luvas de procedimento e proceder a higienização das mãos; 18. Registrar em sistema, o exame físico os achados clínicos obtidos; 19. Realizar os diagnósticos de enfermagem de acordo com a anamnese e exame físico do paciente, em sistema; 20. Realizar a prescrição de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem; 21. Realizar a evolução de enfermagem em sistema; 22. Anexar os impressos da SAE ao prontuário do paciente.

	Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 4. Realizar as ações de enfermagem prescritas pelo Enfermeiro; 5. Checar a prescrição de enfermagem; 6. Anexar a SAE no prontuário do paciente.
OBSERV AÇÕES	✓ Durante a realização da SAE, manter ambiente calmo e tranquilo. ✓ Realizar a SAE conforme a sequência (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem). ✓ Não usar termos que deem conotação de valor nas anotações (bem, mal, bastante, entre outros). ✓ Durante a evolução deve-se utilizar termos técnicos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação. ✓ Realizar a evolução de enfermagem de forma clara, objetiva e sucinta. ✓ Realizar a SAE dos pacientes sob seus cuidados conforme rotina interna do setor, obedecendo como critério o sistema de classificação de pacientes (Resolução COFEN 293/04), priorizando os pacientes com maior gravidade. ✓ Garantir minimamente uma evolução de enfermagem por dia, bem como as intercorrências devidamente registradas. ✓ Supervisionar a execução da SAE para todos os pacientes, garantindo o cumprimento do protocolo de cuidados de enfermagem e o registro em sistema.

POP 005 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE MEDICAÇÃO	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	11. Receber plantão. 12. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 13. Realizar organização da sala de medicação. 14. Verificar temperatura da câmara e quantitativo de vacina e soro, avisando ao enfermeiro da sala de emergência, para reposição (realizar reposição no primeiro horário da manhã) 15. Receber os pacientes provenientes da sala de emergência que permanecerão em observação e os que chegam pelos consultórios médicos. 16. Realizar administração de medicamentos. 17. Realizar coleta de exames, se necessário; realizar eletrocardiograma nos pacientes em observação, bem como encaminhar para RX. 18. Realizar anotações de enfermagem na ficha de atendimento, via sistema. 19. Encaminhar o paciente para a enfermaria onde será internado. 20. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão e/ ou Enfermeiro.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 006 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE REPOUSO/INTERNAÇÃO	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	10. Receber plantão. 11. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 12. Realizar organização do posto de enfermagem. 13. Receber os pacientes provenientes da sala de emergência e sala de medicação que permanecerão em repouso. 14. Realizar administração de medicamentos, cuidados de enfermagem, seguindo as prescrições médica e de enfermagem. 15. Realizar coleta de exames, encaminhar para a realização de exame e eletrocardiograma, RX, ultrassonografia, etc, se necessário. 16. Realizar anotações de enfermagem no prontuário a cada 2 horas. 17. Encaminhar os pacientes para a enfermaria onde serão internados, quando a vaga for cedida. 18. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 007 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor (equipe da sala de emergência).
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	1. Receber plantão. 2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 3. Realizar organização do posto de enfermagem. 4. Receber os pacientes provenientes dos consultórios, e da sala de emergência. 5. Realizar administração de medicamentos, cuidados de enfermagem, seguindo as prescrições médica e de enfermagem. 6. Auxiliar equipe médica quando solicitado. 7. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 008 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE EMERGÊNCIA/ SEMI-INTENSIVA	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
RECURSOS	Profissionais
MÉTODO	13. Receber plantão. 14. Realizar pedidos de materiais e medicamentos. 15. Realizar organização da sala de emergência/ Semi-Intensiva, conferindo cada box e testando todos os aparelhos do mesmo. 16. Conferir carrinho de emergência e desfibrilador no início do plantão; 17. Repor material sempre após ser utilizado; 18. Conferir bandejas com os kits e materiais padronizados; 19. Na sala de emergência receber pacientes vindos por livre demanda, trazidos pelo Serviço Móvel, provenientes da Classificação de Risco e consultórios médicos; 20. Seguir as prescrições médicas e de enfermagem; 21. Realizar e/ou encaminhar pedidos de exame (laboratoriais, RX, ultrassonografia, tomografia); 22. Realizar anotações de enfermagem no prontuário a cada 2 horas; 23. Encaminhar os pacientes para as enfermarias onde serão internados, quando a vaga for cedida; 24. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter o ambiente organizado e zelar pelo bom funcionamento dos ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 009 - PREPARO DO LEITO DE EMERGÊNCIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Proporcionar ambiente adequado para recepção imediata e atendimento emergencial ao paciente na sala de emergência e/ ou Semi-Intensiva.
RECURSOS	19. Cama fechada; 20. Fluxômetro de Oxigênio com umidificador; 21. Umidificador; 22. Frasco de aspiração; 23. Extensão de látex; 24. Escadinha; 25. Fluxômetro de ar comprimido; 26. Caixa coletora de material perfurocortante de 3l; 27. Comadre, compadre; 28. Equipamentos: • Oxímetro de pulso; • Monitor cardíaco; • Bomba de infusão; • Respirador artificial testado. 29. Colchão; 30. Mesa de refeição; 31. Esfigmomanômetro; 32. Estetoscópio; 33. Cesto de lixo com pedal; 34. Almotolia com álcool; 35. Ambu; 36. Bandeja auxiliar contendo: • EPIs; • 01 sonda de aspiração nº 14; • 01 pacote de gaze III; • 01 jogo de eletrodos; • 01 catéter de oxigênio; • 01 máscara de ventury.
MÉTODO	7. Higienizar as mãos;

Am

	8. Reunir o material e levar à unidade do paciente; 9. Proceder a arrumação da cama fechada; 10. Ligar a bomba de infusão; 11. Montar o leito com: • Respirador com circuito estéril, mantendo a ponta; • Ambu estéril com extensão, máscara e bolsa reservatória adequada ao tamanho e faixa etária do paciente; • Bandeja auxiliar com materiais mínimos: EPIs, frascos de exames, sondas de aspiração de vias aéreas, etc; • Aspirador de parede ou móvel com extensão estéril e testado; • Cama montada aberta; • Válvulas de ar comprimido e Oxigênio e fluxômetro de Oxigênio funcionantes; • Monitor com cabos de Pressão Arterial, eletrocardiograma com 5 derivações, oxímetro de pulso e temperatura. 12. Comunicar ao Enfermeiro após o término da montagem.
OBSERV AÇÕES	✓ Todos os equipamentos devem permanecer ligados na rede elétrica para obter bateria carregada. ✓ Todos os equipamentos devem ser testados no início do plantão e sempre que necessário.

POP 010 - CARRINHO DE EMERGÊNCIA

AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o equipamento móvel utilizado para atendimento de urgência nas unidades assistenciais. Deve ser verificado diariamente, com reposição imediata após o uso, pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem sob a responsabilidade do Enfermeiro.
RECURSOS	O carrinho de emergência possui lista de materiais e medicamentos anexos.
MÉTODO	9. Acionar a equipe para atendimento; 10. Remover o carrinho até a unidade do paciente; 11. Orientar o paciente quanto ao procedimento, se consciente; 12. Solicitar privacidade aos familiares ou acompanhantes; 13. Posicionar o leito; 14. Um profissional de enfermagem inicia a separação de materiais e medicamentos para uso; 15. Um profissional verifica punção venosa e manutenção pérvia; 16. Iniciar reanimação cardiorrespiratória, se necessário.
OBSERVAÇÕES	✓ O atendimento é feito sempre em conjunto Médico. ✓ A responsabilidade técnica pela montagem, conferência e reposição de materiais do carro de emergência é do Enfermeiro. No entanto, todos os membros da equipe de Enfermagem podem realizar a conferência, reposição e limpeza de tal equipamento, desde que sob a supervisão do Enfermeiro (conforme decisão do Parecer Técnico nº 037/2013 - COREN-SP). ➤ Cada Carrinho de Emergência deverá conter: ✓ Pasta com listagem padrão de acordo com o setor; ✓ Buscar novo lacre numerado na farmácia; ✓ Lacre numerado;

	✓ Tesoura anexa ao carrinho para rompimento do lacre. ✓ Manter carrinho e desfibrilador ligado na tomada durante todo o tempo. ✓ Guardar o lacre rompido para garantir a reposição do carrinho. ✓ Cumprir escala de conferência do carrinho feita pelo Enfermeiro do setor, repor as faltas e comunicar eventuais problemas; ✓ Manter os kits e bandejas seladas e anotar no impresso próprio com data, carimbo e rubrica. ✓ Solicitar ao Médico a receita dos psicotrópicos usados na emergência; ✓ Preencher o impresso "Checklist dos Carrinhos de Emergência" anotando o que foi usado. ✓ O funcionário do leito que abriu o carrinho de emergência deverá repor e lacrar o carrinho e kits após o uso.
--	---

km

POP 011 - ADMISSÃO DE PACIENTE CRÍTICO EM EMERGENCIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A admissão na EMERGENCIA adulto destina-se a pacientes graves. Tem o objetivo de padronizar as ações de enfermagem ao paciente crítico sistematizando o atendimento e proporcionando conforto e segurança.
RECURSOS	10. Leito arrumado (com todos os itens necessários); 11. Monitor cardíaco; 12. Oximetria de pulso; 13. Aparelho de PANI; 14. Aparelho de glicemia capilar; 15. Lanceta; 16. Tira reagente para glicemia capilar; 17. Estetoscópio; 18. Termômetro.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 7. Providenciar a montagem do leito conforme a rotina; 8. Receber o paciente no leito; 9. Acomodar adequadamente o paciente no leito; 10. Realizar a admissão, SAE e registros de enfermagem no prontuário do paciente; 11. Verificar se o paciente possui algum tipo de alergia alimentar ou medicamentosa e anotar no prontuário; 12. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente/familiares, entregar manual informativo para pacientes e acompanhantes e assinar termo de ciência. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 11. Higienizar as mãos; 12. Instalar monitorização cardíaca, oximetria de pulso, PANI e verificar sinais vitais; 13. Realizar controle de glicemia capilar a cada 2 horas ou se necessário; 14. Realizar Eletrocardiograma quando necessário e solicitado; 15. Realizar controle e balanço hídrico a cada 2 horas; 16. Realizar as medicações prescritas no prontuário;

	17. Auxiliar nos procedimentos médicos; 18. Realizar os cuidados prescritos pelo Enfermeiro; 19. Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente a cada 2 horas; 20. Manter a unidade em ordem.
OBSERV AÇÕES	✓ Manter grades elevadas sempre, devido a risco de queda. ✓ Fazer checagem do material, conforme Checklist do setor. ✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.

POP 012 - ADMISSÃO DE PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO/ REPOUSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A admissão do paciente ocorre quando há necessidade de ocupar um leito por 24 horas ou mais. O paciente é recebido por um profissional da instituição e encaminhado à unidade de internação. Deve ser recebido com cordialidade e gentileza para aliviar suas apreensões e ansiedades. O objetivo é de otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento, facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.
RECURSOS	5. Esfigmomanômetro e estetoscópio; 6. Relógio; 7. Termômetro; 8. Aparelho medidor de glicose (se necessário).
MÉTODO	Ao Médico da unidade compete: 1. Verificar com o Enfermeiro a existência de vaga e as condições do paciente a ser admitido; 2. Comunicar ao Enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma alteração. 3. Inserir o paciente na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS; 4. Atualizar diariamente o sistema CROSS Ao Enfermeiro compete: 1. Checar a existência da vaga e classificar o paciente quanto ao grau de dependência para determinar localização do leito, se próximo ao posto de enfermagem, isolamento, etc. (utilizar o Sistema de Classificação de Pacientes); 2. Realizar as mudanças e remanejamentos necessários para agilizar o processo; 3. Receber o paciente; 4. Realizar exame físico;

	5. Orientar sobre normas e rotinas do setor (horários de visita, horário das refeições, nome do Médico responsável); 6. Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição; 7. Realizar a SAE; Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 1. Montar o leito após limpeza com: • Cama montada aberta ou cama cirúrgica conforme necessidade; • Manutenção de artefato de terapia respiratória adequado ao caso (catéter nasal, máscara, etc.); • Monitorização adequada, se necessário; • Comunicar ao Enfermeiro após o término da montagem. 12. Higienizar as mãos; 13. Apresentar-se ao paciente; 14. Certificar-se da identidade do paciente e encaminhá-lo até o leito preparado; 15. Verificar se o prontuário está completo; 16. Verificar SSVV; 17. Identificar o leito e prontuário com nome e possíveis alergias; 18. Registrar no prontuário; 19. Realizar as anotações de enfermagem.
OBSERV AÇÕES	✓ Verificar se o paciente faz uso de medicação contínua; comunicar ao Enfermeiro e farmácia o uso da medicação e identificar o prontuário. ✓ Atentar para alergias, se houver; manter a identificação no prontuário e comunicar ao Enfermeiro.

POP 013 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A aferição da pressão é um procedimento que envolve conhecimentos referentes à técnica de aferição, ao ambiente onde será realizada e à condição física e emocional do paciente. A pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias, dependendo da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos é chamada de Pressão Arterial. O ponto mais alto da pressão nas artérias é chamado de pressão sistólica. O ponto mais baixo ou a pressão que está sempre presente sobre as paredes arteriais é chamado de pressão diastólica. O instrumento utilizado para medir a pressão arterial é o esfigmomanômetro e os tipos mais usados são: os de coluna, de mercúrio e o ponteiro (aneróide), possuindo ambos um manguito inflável que é colocado em torno do braço do paciente; além do monitor multiparâmetro. O estetoscópio é o instrumento que amplifica os sons e os transmite até os ouvidos do operador. A série de sons que o operador ouve ao verificar a pressão sanguínea é chamada de sons de Korotkoff. O primeiro som claro, quando o sangue flui, através da artéria comprimida é a pressão sistólica. A pressão diastólica ocorre no ponto em que o som muda ou desaparece. Hipertensão: PA acima da média; Hipotensão: PA inferior à média; Convergente: a sistólica e a diastólica se aproximam; Divergente: a sistólica e a diastólica se afastam; Normotensão: PA dentro dos parâmetros normais.
RECURSOS	6. Bandeja; 7. Esfigmomanômetro; 8. Estetoscópio; 9. Algodão com álcool 70%; 10. Fazer desinfecção na oliva.
MÉTODO	24. Lavar as mãos; 25. Reunir o material;

	26. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo; 27. Certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores; 28. O paciente deve estar na posição sentado ou deitado; pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira, relaxado e sem falar; 29. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido; 30. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; 31. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a Artéria braqueal; 32. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à pressão sistólica; 33. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva; 34. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30mmHg nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação; 35. Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo); 36. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; 37. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff); 38. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; 39. Se 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). 40. Esperar em torno de um minuto antes de realizar novas medidas;
--	--

	41. Informar os valores da PA obtidos ao paciente (se consciente); 42. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida (ANDRADE et al., 2010, p. 42) 43. Registrar procedimento em prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000); 44. Comunicar Médico/ Enfermeiro em caso de alteração da PA; 45. Lavar as mãos; 46. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ A medida da PA pode variar em função de características biológicas e físicas. ✓ Podem ocorrer erros na aferição da PA e estes geralmente relacionam-se ao paciente (reações físicas, cansaço, ansiedade), ao profissional (técnica usada para a medição da pressão) e ao esfigmomanômetro (utilização do manguito não adequado). ✓ Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses. ✓ Gestante recomenda-se que a PA seja verificada em posição sentada. ➤ Valores de Referência: • Adultos normotensos: sistólica entre 90 e 130mmHg; diastólica entre 60 a 85mmHg. • Crianças normotensas: sistólica entre 60 e 90mmHg; diastólica entre 30 a 60mmHg. ✓ Atentar para ansiedade, dor, estresse, ingestão de cafeína, tabagismo, idade, sexo, posição corporal, uso de substâncias psicoativas, exercícios, doença de base e febre que podem alterar a pressão.

CUIDADOS E RECOMENDAÇÕES			
4. APARELHO DE PRESSÃO			
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Manômetro	ponteiro (aneroide)	Estar no zero e ter movimentos livres	Mais ou menos lento oscilação
Manguito	Borracha, tubos e conexões	Íntegros	Vazamentos colabados, frouxos
	Braçadeira	íntegra	Estragada
	Fixadores	íntegros	Soltos ou desgastados
Pera e Válvula	Pera de borracha	íntegra	Com vazamento colabada ou
5. ESTETOSCÓPIO			
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Olivas	-	Presentes e íntegras	Ausentes, trincadas, soltas ou sujas
Tubos e Conexões	-	íntegros	Trincados, furados ou desiguais
Cabeçote		íntegros	Solta ou furada
6. PACIENTE			
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Posição	Deitado, sentado ou em pé	Conforto e repouso	Desconforto e stress
Membro	Superior ou inferior	Despido e apoiado	Com roupas
	Diâmetro	Manguito apropriado	Cobrir a face externa
	Posição do membro	Nível do coração e a 45° do corpo	Abaixo ou acima do coração
	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
Colocaçã	Distância da prega	2,5 cm acima	Maior ou menor

o da Braçadeira	do cotovelo		
	Parte inflável (manguito)	Cobrir a face interna do braço	Cobrir apenas a face externa
	Ajuste da braçadeira	Estar bem ajustada	-
	tubos	Deixar livres	Presos, entrelaçados ou retorcidos
Manômet ro	Visibilidade	Bem visível	Má iluminação
	Posição	Nível dos olhos	Posição inadequada

POP 014 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Frequência cardíaca é o número de vezes que o coração bate por minuto. Sua verificação tem o objetivo de detectar alterações da frequência e indicar variações individuais conforme a faixa etária. Os valores normais são entre 60 e 100 batimentos por minutos em um indivíduo adulto.
RECURSOS	5. Bandeja; 6. Álcool a 70% e algodão; 7. Estetoscópio; 8. Relógio com ponteiro de segundos.
MÉTODO	11. Lavar as mãos; 12. Reunir o material na bandeja e levar ao quarto; 13. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 14. Fazer desinfecção na oliva e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%; 15. Colocar o diafragma do estetoscópio na parte esquerda do tórax na altura do 4º espaço intercostal; 16. Auscultar e contar os batimentos cardíacos por 60 segundos completos; 17. Limpar o estetoscópio com álcool a 70%; 18. Guardar o material utilizado; 19. Lavar as mãos; 20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Valores de Referência: • Menores que 60 batimentos por minuto: bradicardia. • Maiores que 100 batimentos por minuto: taquicardia.

POP 015 - CONTROLE DE PULSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a verificação dos batimentos cardíacos, apalpando uma artéria e sentindo a expansão da parede arterial em sincronismo com o batimento cardíaco. Tem o objetivo de avaliar condições hemodinâmicas e detectar disritmias cardíacas.
RECURSOS	2. Relógio com ponteiro de segundos.
MÉTODO	8. Lavar as mãos; 9. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 10. Colocar os dedos médios e indicador sobre uma artéria superficial do paciente, comprimindo-a levemente; 11. Contar os batimentos durante um minuto; 12. Repetir o procedimento, se necessário; 13. Lavar as mãos; 14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ As artérias indicadas para verificação do pulso são: radial, braquial, poplítea, pediosa, temporal, carótida e femoral. ✓ O exame do pulso inclui a verificação da frequência, do ritmo e da amplitude de pulso (cheio ou filiforme). ✓ Valores de referência e nomenclatura: • No adulto: 60 a 100bpm (normosfigmia); • Menores que 60bpm (bradisfigmia); • Maiores que 100bpm (taquisfigmia); • Abaixo de 7 anos: 80 a 120bpm; • Acima de 7 anos: 70 a 90bpm; • Puberdade: 80 a 95 bpm; • Pulso normocárdico: batimento cardíaco normal; • Pulso rítmico: os intervalos entre os batimentos são iguais; • Pulso arritmico: os intervalos entre os batimentos são desiguais; • Pulso dicrótico: dá impressão de dois batimentos; • Taquisfigmia: pulso acelerado; • Bradisfigmia: frequência abaixo da faixa normal;

	• Pulso filiforme: indica redução da força ou do volume do pulso periférico.
POP 016 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a verificação da quantidade de respirações por minuto. A frequência respiratória é mensurada através da observação da expansão torácica contando o número de inspirações por minuto. Valores normais: Adultos: 12 a 20 inspirações por minuto.
RECURSOS	1. Relógio com ponteiro de segundos.
MÉTODO	7. Lavar as mãos; 8. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 9. Colocar a mão no pulso radial como se fosse verificar o pulso e observar os movimentos respiratórios; 10. Contar a frequência respiratória por minuto e memorizar; 11. Lavar as mãos; 12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	➤ Tipos de Respiração: ✓ Eupneica: respiração normal; ✓ Dispneica: respiração trabalhosa, difícil ou curta; ✓ Ortopneica: incapacidade de respirar facilmente, exceto na posição ereta; ✓ Traquipneia: respiração rápida, acima dos valores da normalidade, frequentemente pouco profunda; ✓ Bradipneia: respiração lenta, abaixo da normalidade; ✓ Apneia: ausência de respiração; ✓ Respiração de Cheyne-Stokes: respiração em ciclos, que aumenta e diminui a profundidade; ✓ Respiração de Kussmaul: inspiração profunda seguida de apneia e expiração suspirante, característica de coma diabético; ✓ Respiração de Biot: respirações superficiais durante 2 a 3 ciclos, seguidos por períodos irregulares da apneia; ✓ Respiração sibilante: sons que se assemelham a assovios.

POP 017 - CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a verificação da temperatura corporal, que permite avaliar a eficiência da regulação térmica. Tem o objetivo de detectar infecções e problemas respiratórios e auxiliar no diagnóstico e tratamento.
RECURSOS	5. Bandeja; 6. Álcool etílico; 7. Algodão; 8. Termômetro.
MÉTODO	13. Lavar as mãos; 14. Reunir o material; 15. Levar o material ao leito do paciente; 16. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 17. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool; 18. Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax; 19. Manter nesta posição até soar o alarme sonoro do termômetro; 20. Verificar o valor obtido; 21. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool; 22. Guardar o material em local apropriado; 23. Lavar as mãos; 24. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	➤ Valores de Referência: ✓ Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C; ✓ Afebril: 36,1 a 37,2°C; ✓ Estado febril/subfebril: 37,3 a 37,7°C; ✓ Febre/hipertermia: 37,8 a 38,9°C; ✓ Pirexia: 39 a 40°C; ✓ Hiperpirexia: acima de 40°C ✓ A temperatura axilar normal varia entre 36,1 a 37,2°C

	✓ A temperatura bucal é cerca de 0,5°C maior que a temperatura axilar e a retal é 0,8°C a 1°C superior a axilar.
--	--

POP 018 - CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o controle de glicemia por meio de fita reagente (dextro). Tem o objetivo de verificar os níveis de glicose no sangue, por meio de fita reagente, com leitura visual para auxiliar no tratamento do Diabetes.
RECURSOS	7. Bandeja; 8. Luvas de procedimento; 9. Bolas de algodão com álcool 70%; 10. Lanceta para punção digital ou agulha de insulina; 11. Frasco com fita reagente; 12. Aparelho de dextro.
MÉTODO	17. Reunir o material na bandeja; 18. Levar o material ao quarto do paciente; 19. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 20. Verificar se aparelho de dextro está com o chip e com bateria; 21. Retirar 1 tira reagente e tampar o frasco imediatamente; 22. Colocar a tira no aparelho de dextro seguindo as instruções do fabricante do aparelho; 23. Colocar luvas de procedimento; 24. Fazer antisepsia no local com algodão embebido em álcool 70% e aguardar secar; 25. Puncionar a lateral do dedo (polpa) ou lóbulo da orelha com lanceta; 26. Coletar uma gota grande de sangue, evitando pressionar excessivamente, colocá-la sobre a fita cobrindo completamente; 27. Limpar e comprimir o dedo com algodão e álcool 70%; 28. Desprezar a lanceta em caixa de perfurocortante; 29. Aguardar a contagem do aparelho de dextro para dar o resultado; 30. Lavar as mãos; 31. Comunicar alterações ao Enfermeiro;

	32. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	➤ Quando o resultado da GC for: • ≤70mg/dL - iniciar protocolo “correção de Hipoglicemia”; • >71-110mg/dL- está normal; • >110-140mg/dL - recomenda-se repetir a Glicemia em jejum a cada 24 horas ou a critério do Médico; • ≥ 250mg/dL-iniciar protocolo “correção de Hiperglicemia” imediatamente e acionar o Enfermeiro para a assistência clínica.

POP 019 - CONTROLE HÍDRICO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o ato de quantificar todo o volume de líquido ingerido e o eliminado. Tem o objetivo de auxiliar no tratamento.
RECURSOS	1. Sistema faz o cálculo de Balanço Hídrico.
MÉTODO	17. Verificar a quantidade de ingestão líquida permitida (24 horas); 18. Orientar o paciente e os familiares para obter sua cooperação; 19. A cada 24 horas, quantificar o total da ingestão e eliminação de líquidos; 20. Checar a realização do procedimento na prescrição médica.
OBSERVAÇÕES	➤ O que entra no Balanço Hídrico: ✓ Líquidos administrados: • Soros; • Medicações EV (mesmo que seja 02ml); • Diluição de medicações (EV e VO); • Sangue e derivados; • Medicações VO líquidas (ex.: Nistatina, óleo mineral); • Controle de líquidos fornecido pela copa (ver coerência em relação à aceitação); • Sonda nasoenteral: dieta e lavagem. ✓ Líquidos eliminados: • Urina; • Fezes (diarreia); • Vômitos; • Drenagens; • Sangramentos.

POP 020 - PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a pressão venosa dentro do átrio direito ou nas grandes veias dentro do tórax. Finalidades: • Servir como guia para a reposição líquida nos pacientes graves; • Calcular os déficits do volume sanguíneo; • Determinar as pressões nos átrios e nas veias centrais; • Avaliar a insuficiência circulatória. Os locais de verificação são: veia jugular interna ou externa; veia subclávia.
RECURSOS	7. Suporte de soro; 8. 01 soro fisiológico 0,9% de 250ml; 9. 01 equipo de P.V.C.; 10. 01 Gaze III; 11. Esparadrapo e micropore; 12. Nível de Carpenter (régua).
MÉTODO	13. Lavar as mãos; 14. Reunir todo o material; 15. Orientar o paciente sobre o procedimento; 16. Colocar o paciente nivelado, em decúbito dorsal, com MMII e MMSS ao longo do corpo; 17. Colar a fita e equipo de P.V.C. no suporte; 18. Marcar zero na escala, que pode ser pela linha médio-axilar, manúbrio ou apêndice xifoide; 19. Iniciar o fluxo da solução, enchendo as vias do equipo; 20. Ligar o equipo de P.V.C. ao catéter venoso central por uma torneira de 3 vias (dânula); 21. Virar a torneira para abrir a conexão entre o equipo e o paciente. Assim sendo, o nível de líquido cai até equilibrar a P.V.C. existente na veia cava superior;

	22. Observar a queda da solução e registrar o nível em que ela se estabiliza; 23. A partir do zero considera-se: • Acima: acréscimo de pontos conforme a escala (+1, +2); • Abaixo: decréscimo de pontos conforme a escala (-1, -2). 24. Comunicar o resultado ao Médico, pois servirá de guia para constatar hipovolemia, hipervolemia ou alterações da contratilidade cardíaca.
OBSERV AÇÕES	✓ O paciente deve estar com acesso venoso central (duplo lúmen). ✓ Nunca aproveite o zero estabelecido anteriormente, pois o paciente é mobilizado durante o decorrer do plantão. ✓ Atentar para fatores que interferem no resultado da verificação como isquemia, septicemia, ventilação mecânica. ✓ Confirme após a medida da P.V.C. se as outras vias foram abertas. ✓ Complicações possíveis: Trombose; Infecção; Embolização ou coágulos na ponta do cateter.

POP 021 - OXIMETRIA DE PULSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Método não invasivo de monitorização da saturação de oxigênio na hemoglobina (SatO ₂), através de um sensor fixado mais comumente na ponta do dedo. Tem o objetivo de detectar alterações nos níveis de oxigênio.
RECURSOS	4. Aparelho de oxímetro; 5. Cabo; 6. Sensor.
MÉTODO	9. Explicar o procedimento ao paciente; 10. Realizar limpeza do local onde será colocado o sensor; 11. Ligar o aparelho; 12. Selecionar parâmetros de limites de saturação segundo a necessidade; 13. Instalar o sensor no local escolhido; 14. Avaliar os valores mostrados no visor do aparelho; 15. Anotar no prontuário do paciente, nos horários determinados; 16. Comunicar ao Médico/Enfermeiro valores fora dos limites estabelecidos.
OBSERVAÇÕES	✓ Valores normais: 95 a 100%; ✓ Valores intermediários: 94 a 86% - necessita avaliação constante e suporte de O ₂ por meio de cateteres/máscaras de venturi; ✓ Valores baixos: inferiores a 85% - necessitam de intervenção médica para garantir o suporte de O ₂ (entubação orotraqueal/CPAP).

POP 022 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Monitorar a frequência cardíaca e o traçado eletrocardiográfico do paciente, observando arritmias precoces (taquiarritmias e bradiarritmias) para evitar intercorrências fatais.
RECURSOS	7. Monitor cardíaco; 8. Cabo de monitor; 9. 05 eletrodos descartáveis; 10. Álcool 70%; 11. Gaze III; 12. Aparelho de barbear.
MÉTODO	12. Orientar o paciente sobre o procedimento; 13. Lavar as mãos; 14. Fazer assepsia da pele e tricotomia da região torácica, se necessário; 15. Colocar eletrodos na pele em locais específicos: • 1º eletrodo na região infraclavicular Direita; • 2º eletrodo na região infraclavicular esquerda; • 3º eletrodo na região infra mamária Direita em espaço intercostal; • 4º eletrodo na região '1 inframamária esquerda em espaço intercostal; • 5º eletrodo na região mediastinal espaço central; 16. Conectar os cabos: • vermelho no 1º eletrodo; • amarelo no 2º eletrodo; • preto no 3º eletrodo; • verde no 4º eletrodo; • branco no 5º eletrodo; 17. Ligar o aparelho;

	18. Selecionar derivação mais solicitada (geral/DII); 19. Selecionar velocidade (geral/25 a 50); 20. Adequar os níveis de alarme às necessidades do paciente; 21. Comunicar ao Médico/Enfermeiro alterações detectadas; 22. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Fazer tricotomia da região que tiver grande quantidade de pelos para evitar interferências. ✓ Limpar a pele com gaze embebida em álcool nas regiões que receberam eletrodos para eliminar a oleosidade da pele (alta resistência elétrica) e aumentar a transmissão dos impulsos elétricos - troca de eletrodos está condicionada à necessidade e ao surgimento de alterações no padrão de monitorização. ✓ Sempre observar o traçado para verificar se não apresenta alterações que possam ser causadas por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito ou interferência de outros aparelhos. ✓ O eletrodo descartável já vem com gel condutor, porém pode colocar se necessário.

POP 023 - ELETROCARDIOGRAMA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Exame que permite a avaliação da atividade elétrica do coração. Registra ritmo, batimentos por minutos e permite identificação de arritmias.
RECURSOS	11. Eletrocardiógrafo; 12. Gel hidrossolúvel; 13. Eletrodos; 14. Álcool 70%; 15. Lençol descartável.
MÉTODO	16. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo esteja ligado; 17. Checar a presença e integridade dos cabos de força, fio terra e eletrodos com seis vias; 18. Solicitar que o paciente exponha o tórax, punhos e tornozelos, se possível; 19. Retirar relógio, correntes, chaves, celulares, etc.; 20. Orientar e deitar o paciente e cobri-lo para que o mesmo não fique exposto; 21. Orientar o paciente para evitar movimentação ou conversar, enquanto o eletrocardiograma está sendo registrado, a fim de evitar artefatos/interferências; 22. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos); 23. Colocar os eletrodos precordiais(tórax) e periféricos (membros superiores e inferiores) com gel hidrossolúvel; 24. Iniciar o registro no eletrocardiógrafo; 25. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico; 26. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da

	maca e vestir-se; 27. Identificar o eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, data e hora; 28. Lavar as mãos; 29. Manter a sala em ordem; 30. Realizar anotação de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	➤ Eletrodos Precordiais: são seis e se colocam na região precordial. • V1: No quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno. • V2: No quarto espaço intercostal, na margem esquerda do esterno. • V3: Entre os eletrodos V2 e V4. • V4: No quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular (a partir do ponto médio da clavícula). • V5: No mesmo nível que o eletrodo V4, na linha axilar anterior (a partir da prega axilar anterior). • V6: No mesmo nível que os eletrodos V4 e V5, na linha axilar média (a partir do ponto médio da axila). ➤ Eletrodos Periféricos: são quatro e se colocam nos membros do paciente. Cada um tem uma cor diferente: • R: Braço Direito (Right), eletrodo vermelho, evitando proeminências ósseas; • L: Braço Esquerdo (Left), eletrodo amarelo, evitando proeminências ósseas; • F: Perna Esquerda (Foot), eletrodo verde, evitando proeminências ósseas; • N: Perna Direita é o Neutro (N), eletrodo preto.

POP 024 - APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o momento em que o Enfermeiro analisa a prescrição médica e, utilizando seus conhecimentos sobre medicamentos, estipula horários para sua administração, de acordo com os intervalos prescritos pelo Médico e a rotina de aprazamento vigente. • Prescrição Médica de Medicamento Se Necessário (S/N) - Consiste na medicação que deverá ser feita ao paciente se for necessário. O Enfermeiro deverá ter prudência ao determinar a necessidade da administração, não havendo necessidade de pedir autorização ao Médico para administrá-la. Geralmente o Médico estabelece intervalos para a administração da medicação; • Prescrição Médica a Critério Médico (ACM) – Consiste na exigência de que o Enfermeiro responsável pelo paciente consulte o Médico titular ou o Médico plantonista para a administração da medicação, ou seja, não há administração sem a confirmação médica; • ATB – Antibiótico; ATBT – Antibioticoterapia. Este POP tem o objetivo de padronizar horário de administração dos medicamentos dos pacientes e racionalizar o tempo de serviço da enfermagem.
RECURSOS	3. Prescrição médica atual e anterior do cliente; 4. Caneta.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 5. Conhecer o tempo de intervalo e as interações das medicações padronizadas pela unidade; 6. Analisar cuidadosamente cada prescrição médica; 7. Orientar equipe de enfermagem sobre diluição, administração e tempo de infusão das medicações; 8. O enfermeiro é profissional responsável pelo aprazamento. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 4. Manter a prescrição anterior e atual no prontuário do paciente devidamente identificadas; 5. Aguardar prescrição médica do dia;

	6. Checar as medicações realizadas ou bolar as não realizadas, sempre registrando no prontuário eletrônico do paciente Padrão de Aprazamento: • 1 x dia: 10; • 12/12 hs: 10 e 22; • 8/8 hs: 14, 22 e 06; • 6/6 hs: 12, 18, 24 e 06; • 4/4 hs: 14, 18, 22, 02, 06 e 10; • 2/2 hs: 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 02, 04, 06, 08, 10; • Manhã/Jejum: 06; • Almoço e Jantar: 12 e 18; • Após Almoço: 12; • Noite: 22.
OBSERV AÇÕES	✓ Quando coincidir a aplicação de duas medicações no mesmo horário, sempre deve ser administrado primeiro o ATB de 12/12 hs. ✓ Se ocorrer administração errada de medicação por dose ou intervalo indevido, em decorrência de rasuras, siglas ou abreviações, avisar o Enfermeiro da unidade. ✓ Se houver reação após administração, avisar o Enfermeiro/Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente. ✓ Realizar devolução das medicações que não foram utilizadas do seu horário.

POP 025 - SALINIZAÇÃO DO DISPOSITIVO ENDOVENOSO PERIFÉRICO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a prática de irrigação sobre pressão positiva em períodos regulares dos dispositivos endovenosos com solução salina. Mantém a permeabilidade, garante a infusão de toda a medicação que tenha ficado na extensão do cateter e evita o retorno sanguíneo e por consequência a obstrução do cateter. Tem o objetivo de manter o acesso venoso periférico pervio.
RECURSOS	8. Luvas de procedimento; 9. Bandeja; 10. Seringa descartável de 10ml; 11. Agulha descartável 40x12; 12. Bolas de algodão; 13. Álcool 70%; 14. Flaconete de solução fisiológica 0,9%.
MÉTODO	3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 4. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 3. Orientar a equipe de enfermagem; 4. Observar anormalidades no cateter venoso periférico com infiltração e possível troca. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 14. Higienizar as mãos; 15. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%; 16. Separar e organizar o material necessário na bandeja; 17. Aspirar a solução fisiológica 0,9% na seringa de 10ml; 18. Calçar as luvas de procedimento; 19. Realizar a desinfecção das vias do cateter com algodão embebido em álcool 70%; 20. Aspirar o dispositivo para confirmar o fluxo do cateter; 21. Administrar a solução fisiológica em cada via do cateter; 22. Desprezar a agulha utilizada na caixa de perfurocortante;

	23. Desprezar o material utilizado como seringas e algodão no saco de lixo branco; 24. Retirar as luvas e desprezá-las no saco de lixo branco; 25. Higienizar as mãos; 26. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente, conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000.
OBSERV AÇÕES	✓ Durante a higienização e manipulação do dispositivo, observar as características do local, se há sinais flogísticos como: edema, hiperemia, calor, dor. ✓ Comunicar ao Enfermeiro para possível troca se infiltração no tecido subjacente.

POP 026 - PREPARO DE MEDICAÇÃO PARENTERAL - PUNÇÃO VENOSA		
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
CONCEITO	A via Parenteral consiste na injeção de medicamentos através das vias: Endovenosas, Intradérmicas, Intramusculares e Subcutâneas.	
RECURSOS	12. Bandeja; 13. Seringas 1ml, 3ml, 5ml, 10ml, 20ml; 14. Agulhas 13x4,5, 25x7, 25x8, 30x7, 30x8, 40x12; 15. Recipiente com bolas de algodão; 16. Almotolia com álcool 70%; 17. Caixa de perfurocortante; 18. Dispositivo para fixação do acesso venoso: esparadrapo, micropore; 19. Identificação; 20. Luvas de procedimento; 21. Medicação prescrita.	
MÉTODO	5. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 6. Separar o medicamento a ser preparado, conferir validade e aspecto; 7. Lavar as mãos com técnica adequada. <u>Ampola</u> 12. Montar a seringa e a agulha apropriada, atentando para não contaminá-las; 13. Limpar o gargalo da ampola com algodão embebido em álcool 70%; 14. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos; 15. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão não-dominante, e com a outra pegar a seringa com agulha e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido; 16. Aspirar a dose prescrita; 17. Deixar a seringa/agulha para cima em posição vertical expelindo todo o ar que tenha penetrado;	

	18. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente e via de administração; 19. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja; 20. Administrar a medicação pela via prescrita; 21. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado; 22. Lavar as mãos. <u>Frasco-Ampola - Liófilo (Pó)</u> 13. Checar a medicação prescrita; 14. Lavar as mãos; 15. Retirar o lacre metálico superior do frasco-ampola e limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70%; 16. Quebrar a ampola diluente conforme técnica anterior; 17. Montar seringa/agulha usando agulha de maior calibre e aspirar o líquido; 18. Injetar o líquido no frasco-ampola e realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma; 19. Erguer o frasco verticalmente logo após a homogeneização, aspirando a dose prescrita; 20. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente e via de administração; 21. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja; 22. Administrar a medicação pela via prescrita; 23. Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado; 24. Lavar as mãos.
OBSERVAÇÕES	✓ Antes do preparo da medicação, perguntar sobre alergias. ✓ Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data, horário da diluição e assinar. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.

	✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 027 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na introdução de medicamento diretamente na corrente sanguínea. Seu uso permite a administração de grande volume e ação imediata do medicamento.
RECURSOS	17. Bandeja; 18. Seringas 3ml, 5ml, 10ml, 20ml; 19. Agulha 40x12 para aspirar; 20. Agulha 30x8 para punção; 21. Algodão; 22. Álcool 70%; 23. Garrote; 24. Fita crepe para identificação; 25. Luvas de procedimento; 26. Medicamento prescrito; 27. Abocath/ scalp no nº adequado ao calibre da veia; 28. Esparadrapo/ micropore; 29. Etiqueta para identificação da medicação com: nome do paciente, leito, via, gotejamento, horário e nome da medicação.
MÉTODO	22. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 23. Selecionar a medicação, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos; 24. Escolher seringa e agulha de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrada; 25. Lavar as mãos; 26. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%; 27. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12; 28. Preparar medicação conforme técnica descrita; 29. Explicar ao paciente o que será realizado; 30. Calçar as luvas; 31. Selecionar veia de calibre adequado para punção; garrotear o braço do paciente acima do local escolhido; manter membro em hiperextensão, imóvel e com mão fechada; 32. Realizar antisepsia do local escolhido com algodão e álcool 70%;

	33. Posicionar o dispositivo venoso combisel voltado para cima e proceder a punção venosa (abocath, scalp ou agulha); 34. Soltar o garrote e pedir para abrir a mão; 35. Injetar a medicação lentamente observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas; 36. Retirar o dispositivo e pressionar o local da punção com algodão; 37. Se permanecer com acesso venoso, fixar com esparadrapo ou micropore e instalar soro prescrito ou salinizar; 38. Descartar materiais utilizados na caixa apropriada; 39. Retirar as luvas; 40. Lavar as mãos; 41. Realizar evolução e anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000); 42. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Atentar para os cinco passos da administração correta das medicações: (paciente certo, medicamento certo, dosagem certa, via de administração certa e horário certo). ➤ <u>Locais possíveis para Punção Venosa</u> • Braço/Antebraço: fossa cubital, mediana do antebraço, mediana do cotovelo, basílica e cefálica; • Dorso da mão: veias metacarpianas dorsais, arco venoso dorsal; • Dorso do pé como último recurso: arco venoso dorsal, veia mediana marginal; • Região cervical: jugular externa (privativo do Enfermeiro). ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 028 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)	
AGENTE S	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a introdução de pequena quantidade de medicação, entre a pele e o tecido subcutâneo, com agulha em ângulo de 15° ou paralelo à pele com volume máximo de 0,5ml.
RECURSOS	5. Bandeja; 6. Agulha 10x5 ou 13x4,5; 7. Solução prescrita; 8. Seringa 1ml.
MÉTODO	15. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 16. Lavar as mãos; 17. Preparar medicação conforme técnica já descrita; 18. Orientar o paciente sobre procedimento; 19. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, Pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado; 20. Fazer a antisepsia da pele com água e sabão (álcool 70° não é indicado para não interferir na reação da droga); 21. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador; 22. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima; 23. Injetar a solução lentamente com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose; 24. Não friccionar o local; 25. Desprezar os materiais perfuro cortantes em recipiente adequado; 26. Lavar as mãos; 27. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 28. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após

	receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.
--	--

POP 029 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Am

CONCEITO	A aplicação Intramuscular (IM) consiste na introdução de líquido dentro da massa muscular.
RECURSOS	7. Bandeja; 8. Medicação prescrita; 9. Seringa 3ml, 5ml - conforme volume a ser injetado (máximo 5ml); 10. Agulha 30x7, 30x8, 25x7 - comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado; 11. Algodão; 12. Álcool 70%.
MÉTODO	1. Atentar para prescrição medicamentosa: data, dose, via, horário e nome do paciente; 21. Lavar as mãos com técnica adequada; 22. Preparar injeção, conforme técnica já descrita; 23. Orientar o paciente sobre o procedimento; 24. Escolher local da administração; 25. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool 70%; 26. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar; 27. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo; 28. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo, (caso aconteça retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento); 29. Injetar o líquido lentamente; 30. Retirar a seringa/ agulha em movimento único e firme; 31. Fazer leve compressão no local; 32. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (caixa de resíduo perfurocortante); 30. Lavar as mãos; 31. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 32. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. ✓ Na seleção do local deve-se considerar o seguinte: • Distância em relação a vasos e nervos importantes; • Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;

	• Espessura do tecido adiposo; • Idade do paciente; • Irritabilidade da droga; • Atividade do paciente. ➤ <u>LOCAIS DE APLICAÇÃO:</u> I -Dorsoglútea (DG): Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação. 4. Colocar o paciente em decúbito ventral, lateral ou na posição vertical, solicitando que o paciente posicione os pés direcionados para dentro, pois ajudará no relaxamento do músculo; 5. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, à partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur; 6. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
OBSERV AÇÕES	II -Ventroglútea (VG): Indicada para pacientes acima de 03 anos; 6. Paciente pode estar em decúbito lateral, ventral, dorsal ou posição vertical; 7. Colocar a mão esquerda no quadril do paciente; 8. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior; 9. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca; 10. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador um triângulo e aplicar a medicação no centro do triângulo. III- Face Vasto Lateral da Coxa: Indicado para lactentes acima de 1 mês, crianças e adultos. 3. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado; 4. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na face anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15cm do trocânter e 9-12cm acima do joelho, numa

faixa de 7-10cm de largura.

IV -Deltoide:

3. Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
4. Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio.

Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

➤ **Escolha correta do ângulo:**

- Vasto lateral da coxa - ângulo 90° em direção podálica.
- Deltoide - ângulo 90°.
- Vento glúteo - ângulo 90° com angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo - ângulo 90°.

➤ **Volume máximo para cada região:**

- Região deltoidea (4cm abaixo do acrômio): até 3ml.
 - Região dorsoglútea (quadrante superior lateral): até 4ml.
 - Região ventroglútea (Hochstetter): até 4ml.
 - Região anterolateral da coxa (vastolateral): até 4ml.
-
- ✓ A angulação e calibre da agulha devem ser sempre de acordo com a massa muscular.
 - ✓ Deve-se posicionar o bisel da agulha de forma lateral, minimizando agressões às fibras musculares e a dor durante o procedimento.
 - ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico.
 - ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.
 - ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.
 - ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 030 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Via para injetar pequena quantidade de medicamento (0,5 a 2ml) no tecido subcutâneo abaixo da pele do paciente. Indicada para administrar anticoagulantes (heparina), hipoglicemiantes (insulinas) e vacinas.
RECURSOS	6. Bandeja; 7. Seringa de 1 ou 3ml; 8. Agulha 13x4,5, 10x5, 25x7; 9. Álcool 70%; 10. Algodão.
MÉTODO	17. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 18. Lavar as mãos; 19. Preparar medicação, conforme técnica; 20. Orientar paciente sobre o procedimento; 21. Escolher o local da administração; 22. Fazer antissepsia da pele com algodão/álcool 70% de cima para baixo; 23. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração; 24. Introduzir a agulha com bisel voltado para cima num ângulo de 90°; 25. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo; 26. Injetar o líquido lentamente; 27. Retirar a seringa/ agulha num movimento único e firme; 28. Fazer leve compressão no local com algodão; 29. Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado; 30. Lavar as mãos. 31. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 32. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	➤ <u>Locais de Aplicação:</u> • Região deltoide no terço proximal; • Face superior externa do braço; • Face anterior da coxa;

	• Face anterior do antebraço; • Parede abdominal. ✓ Na administração de insulina/heparina não realizar massagem após aplicação. ✓ Administrar volume máximo de 0,5ml a 2ml; o tecido subcutâneo é extremamente sensível à soluções irritantes e grandes volumes de medicamento. ✓ Introduzir a agulha em ângulo de 90° quando hipodérmica ou 45° quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças. ✓ Realizar rodízio nos locais de aplicação. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo no prontuário. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem. ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro
--	--

6/20

POP 031 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste em aplicação de colírios ou pomadas no saco lacrimal, com o objetivo de combater infecção, evitar úlceras de córnea, provocar midríase ou miose e aplicação de anestésico.
RECURSOS	5. Bandeja; 6. Colírio ou pomada oftalmológica; 7. Gaze; 8. Luvas de procedimento.
MÉTODO	13. Atentar para a medicação prescrita: data, nome do paciente, dose, horário e apresentação; 14. Separar medicação prescrita; 15. Lavar as mãos; 16. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás; 17. Calçar as luvas de procedimento; 18. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente; 19. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar o colírio no saco lacrimal ou colocar a pomada com o próprio tubo; 20. Orientar o paciente a fechar a pálpebra lentamente e fazer movimentos giratórios do globo ocular; 21. Lavar as mãos; 22. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento; 23. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 24. Manter ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Não encostar o conta-gotas ou tubo de pomada no olho do paciente; ✓ Com o auxílio da gaze, retirar o excesso de colírio/pomada. ✓ Ocluir o olho com monóculo, quando indicado. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.

	✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 032 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	
AGENTE	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

km

S	
CONCEITO	É a administração de medicamentos pela boca na forma de apresentação: líquidos ou sólidos.
RECURSOS	4. Bandeja; 5. Copo descartável/graduado ou colher, espátula, trituração de medicamentos; 6. Medicação.
MÉTODO	11. Atentar para prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, horário, via de administração e apresentação; 12. Explicar o procedimento ao paciente; 13. Lavar as mãos; 14. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos; Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar; 15. Em caso de líquido - agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado; 16. Explicar o procedimento ao paciente; 17. Oferecer a medicação; 18. Certificar-se que o medicamento foi deglutido; 19. Lavar as mãos; 20. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Verificar se o paciente ingeriu a medicação. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 033 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na aplicação de medicamentos na mucosa nasal, facilitando a drenagem da secreção nasal.
RECURSOS	7. Bandeja; 8. Frasco de medicamento; 9. Gaze; 10. Conta-gotas; 11. Algodão ou cotonete; 12. Cuba rim.
MÉTODO	9. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 10. Orientar o paciente sobre o procedimento; 11. Lavar as mãos; 12. Inclinar a cabeça do paciente (sentado ou deitado) para trás; 13. Retirar o medicamento prescrito com conta-gotas e pingar na parte superior da cavidade nasal, evitando tocar na mucosa; 14. Solicitar que o paciente fique nessa posição por alguns minutos; 15. Lavar as mãos; 16. Manter o ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Observar a necessidade de higiene nasal antes da aplicação da medicação. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	---

POP 034 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste em colocar o medicamento sob a língua do paciente.
RECURSOS	3. Bandeja; 4. Recipiente com medicamento.
MÉTODO	5. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 6. Orientar o paciente sobre o procedimento; 7. Lavar as mãos; 8. Colocar o medicamento sob a língua e pedir ao paciente para não engolir saliva por alguns minutos.
OBSERVAÇÕES	✓ Pedir para o paciente enxaguar a boca antes da aplicação da medicação. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.

POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA GÁSTRICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Introdução do medicamento por via gástrica através de sonda.
RECURSOS	8. Bandeja; 9. Estetoscópio; 10. Triturador ou macerador de comprimidos; 11. Copo graduado; 12. Seringa 20 ml; 13. Gaze; 14. Espátula.
MÉTODO	10. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 11. Orientar o paciente sobre o procedimento; 12. Lavar as mãos; 13. Fazer teste de posicionamento de sonda gástrica; 14. Dissolver medicamentos em água com triturador em copo graduado; 15. Introduzir a medicação diluída por sonda gástrica; 16. Lavar a sonda com 20ml de água filtrada; 17. Recolher o material; 18. Deixar o ambiente organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Observar o posicionamento da sonda gástrica com teste de refluxo de ausculta de murmúrios gástricos. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;

	✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	--

POP 036 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a introdução de medicamento no canal auditivo, com objetivo de prevenir processo inflamatório ou tratar infecções, facilitar a remoção de cerúmen e corpo estranho.
RECURSOS	4. Bandeja; 5. Gaze; 6. Medicamento prescrito.
MÉTODO	9. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 10. Orientar o paciente sobre o procedimento; 11. Lavar as mãos; 12. Inclinar a cabeça do paciente (sentado ou deitado) lateralmente; 13. Retirar o medicamento por conta-gotas; 14. Entreabrir o canal auditivo e pingar a medicação: • No adulto: puxar pavilhão da orelha para cima e para trás para retificar o conduto auditivo; • Na criança: puxar para baixo e para trás; 15. Recolher o material; 16. Manter o local limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ Administrar a medicação sempre em temperatura ambiente. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.

	✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	--

POP 037 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA CUTÂNEA OU TÓPICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Aplicação de medicamento na pele com objetivo de obter uma ação local.
RECURSOS	5. Bandeja; 6. Medicamento; 7. Gaze III; 8. Luvas de procedimento.
MÉTODO	8. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 9. Orientar o paciente sobre o procedimento; 10. Lavar as mãos; 11. Calçar as luvas; 12. Instilar a medicação (pomada, spray, óleo) na superfície estipulada; 13. Recolher o material; 14. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.

POP 038 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste em introduzir o medicamento na mucosa vaginal para diminuir a infecção vaginal, preparar para exames cirúrgicos e genitais.
RECURSOS	8. Bandeja; 9. Medicamentos; 10. Luvas de procedimento; 11. Gaze; 12. Aplicador apropriado; 13. Xylocaína, se necessário e/ou prescrita; 14. Absorvente (se necessário).
MÉTODO	12. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome da paciente; 13. Orientar a paciente sobre o procedimento; 14. Lavar as mãos; 15. Calçar as luvas; 16. Colocar a paciente em posição ginecológica; 17. Colocar medicamento no aplicador e lubrificar sua ponta com Xylocaína (quando prescrita) ou umedecê-la com água para facilitar sua introdução; 18. Abrir os pequenos lábios, expor o orifício vaginal e introduzir o aplicador com o medicamento em direção ao sacro, para baixo e para trás, cerca de 5cm para que a medicação fique na parede posterior da vagina; 19. Pedir para a paciente ficar em decúbito dorsal aproximadamente por 15 minutos, com um travesseiro sob os quadris, para melhor distribuição do medicamento sobre a mucosa; 20. Colocar absorvente, se necessário; 21. Recolher o material; 22. Manter o ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	✓ O medicamento pode ser introduzido sob a forma de tampões, supositórios, comprimidos, cremes, gel, lavagens ou irrigações. ✓ Manter a privacidade da paciente (uso de biombo). ✓ Registrar qualquer tipo de reação que a paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável

	e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se a paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar a paciente.
--	--

POP 039 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Introdução do medicamento via mucosa retal em forma de supositórios ou clister medicamentoso.
RECURSOS	9. Bandeja/ Cuba rim; 10. Gaze; 11. Luvas de procedimento; 12. Medicamentos; 13. Papel higiênico; 14. Xylocaína; 15. Sonda retal; 16. Lençol impermeável.
MÉTODO	11. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente; 12. Orientar o paciente sobre o procedimento; 13. Lavar as mãos; 14. Calçar as luvas; 15. Posicionar o paciente em decúbito lateral E com MID levemente fletido (posição de sims); 16. Posicionar o lençol impermeável sob as nádegas; 17. Afastar os glúteos com o polegar e indicador da mão não dominante para visualizar o ânus. ➤ <u>Para Supositórios:</u> c) Introduzir o medicamento (supositório) com a mão dominante (de 5 a 10cm); d) Comprimir levemente as nádegas para evitar o retorno do supositório. ➤ <u>Para Clister:</u> d) Passar Xylocaína na ponta da sonda retal; e) Introduzir a sonda cerca de 5 a 10cm; f) Conectar o clister para infusão gota a gota ou instilar por compressão manual. 18. Colocar o paciente em posição confortável; 19. Recolher o material; 20. Manter o ambiente limpo e organizado.

OBSERV AÇÕES	✓ Solicitar que o paciente permaneça deitado e retenha a medicação pelo tempo máximo que aguentar, no caso do clister. ✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los. ✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--------------------------------	---

POP 040 - ADMINISTRAÇÃO DE INALAÇÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a administração de solução fisiológica ou água destilada em Oxigênio ou ar comprimido com ou sem medicação nas vias aéreas superiores com o objetivo de aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos; umidificar para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas; fluidificar para facilitar a remoção das secreções viscosas e densas.
RECURSOS	12. Luvas de procedimento; 13. Medicação prescrita; 14. Ampola de água destilada ou solução fisiológica; 15. Agulha descartável 40x12; 16. Seringa descartável de 10ml; 17. Fluxômetro de O ₂ ou ar comprimido; 18. Kit de inalação com: copo, máscara e fio de extensão; 19. Papel toalha; 20. Bandeja; 21. Fita com identificação da medicação; 22. Álcool 70%.
MÉTODO	4. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 5. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante; 6. Informar as possíveis reações causadas pelas medicações. Ao Enfermeiro competente: 3. Orientar a equipe de enfermagem quanto ao procedimento; 4. Observar anormalidades e comunicar ao Médico. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente: 22. Confirmar a prescrição médica; 23. Higienizar as mãos; 24. Separar e preparar a medicação prescrita; 25. Preparar a etiqueta de identificação da medicação prescrita: paciente, via, horário e medicação; 26. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

	27. Reunir o material e encaminhar ao quarto; 28. Orientar sobre o procedimento que será realizado; 29. Higienizar as mãos; 30. Calçar as luvas; 31. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver restrição (30° a 90° C); 32. Colocar a medicação prescrita no recipiente do inalador; 33. Conectar o copo do inalador no fio de extensão à rede de O₂ ou ar comprimido conforme prescrição médica; 34. Forrar o tórax do paciente com papel toalha; 35. Ligar o fluxômetro, medindo através da graduação 3 a 7 litros/min., observando a formação da névoa do inalador; 36. Colocar a máscara na face do paciente na região da boca e do nariz; 37. Orientar que o paciente segure o inalador até o término da medicação, se não houver condições, orientar o acompanhante que o faça; 38. Após o término da medicação, desligar o fluxômetro e retirar a máscara; 39. Deixar o paciente em posição confortável; 40. Encaminhar os inaladores utilizados na unidade para a sala de desinfecção e realizar a desinfecção do material; 41. Retirar as luvas e realizar a lavagem das mãos; 42. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Verificar se a rede de O₂ está calibrada. ✓ Informar ao Enfermeiro e ao Médico se alergia a medicação. ✓ Comunicar ao Enfermeiro se dispositivo mal adaptado, levando a vazamentos e perda da medicação. ✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem. ✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.

	✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.
--	--

POP 041 - VACINAÇÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Am

CONCEITO	As vacinas são produtos biológicos que protegem as pessoas de determinadas doenças. São constituídas por agentes patógenos (vírus ou bactérias que causam doenças) previamente atenuados ou mortos ou por fragmentos desses agentes. Sua função é estimular uma resposta imunológica do organismo, que passa a produzir anticorpos sem ter contraído a doença.
RECURSOS	9. Imunobiológicos (vacinas, soros e afins); 10. Seringas e agulhas; 11. Cartão ou comprovante de vacina; 12. Carimbo com data; 13. Luvas descartáveis; 14. Caixa térmica; 15. Gelox; 16. Termômetro.
MÉTODO	23. Receber o paciente na sala de medicação; 24. Orientar o paciente sobre a vacina a ser administrada, os eventos adversos mais comuns e retorno na unidade de Saúde mais próxima a sua residência; 25. Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no Local da aplicação; 26. Assegurar-se de que a temperatura da vacina e diluente estejam adequados entre 2° a 8°C; 27. Lavar as mãos; 28. Calçar as luvas; 29. Executar técnica asséptica em todo o procedimento; 30. Observar a dosagem recomendada na prescrição médica; 31. Respeitar o local de aplicação, segundo faixa etária; 32. Lavar o local da aplicação com água e sabão, caso o mesmo não a presente boas condições de higiene e, em seguida, assepsia com álcool 70%; 33. Se criança, solicitar que a mãe ou responsável a segure de forma adequada, garantindo uma imobilização segura; 34. Atentar para a relação entre o ângulo de aplicação e agulha adequada, levando em consideração a quantidade de massa muscular do paciente a ser vacinado;

	35. Aspirar a vacina conforme dosagem; 36. Administrar lentamente o líquido da vacina; 37. Não massagear o local da aplicação; fazer apenas leve compressão com algodão seco; 38. Não retirar a agulha da seringa no momento do descarte; 39. Não reencapar a agulha; 40. Descartar em caixa de perfuro cortante, respeitando o limite Permitido (2/3 do recipiente); 41. Lavar as mãos; 42. Ao realizar aplicações simultâneas de vacinas, identifique no cartão do paciente o tipo de vacinas e doses aplicadas; 43. Registrar a vacina administrada, nº de lote, data da aplicação e retorno no cartão do paciente com letra legível e carimbar; 44. Manter ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	➤ Cuidados com guarda das vacinas: ✓ Aferir temperatura da geladeira de vacinas anotada em planilha própria de manhã, à tarde e à noite, que deve estar de 2° a 8°C conforme preconiza o Ministério da Saúde. ✓ Proceder a limpeza da geladeira a cada 15 dias, mantendo frascos de vacinas em caixa térmica preparada previamente com 1/3 de gelox, termostato na temperatura de 2° a 8°C e acondicionar as vacinas. ✓ Em caso de queda de energia/alteração de temperatura, retirar os frascos, ampolas e diluentes de vacinas e acondicioná-los em caixa térmica previamente preparada com 1/3 de gelox, termostato com temperatura de 2° a 8°C e comunicar ao plantão da Vigilância Epidemiológica.

POP 043 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE VENOSO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Laboratório
CONCEITO	Fornecer informações laboratoriais para elucidação diagnóstica e auxiliar na adoção de conduta terapêutica.
RECURSOS	14. Luvas de procedimento; 15. Álcool a 70%; 16. Algodão; 17. Vacutainer e agulha para vacutainer; 18. Seringas de 3ml, 10ml e 20ml; 19. Agulha para coleta 25x8; 20. Garrote; 21. EPIs: óculos de proteção, avental estéril de mangas longas e máscaras descartáveis; 22. Tubos para coleta de sangue com tampas (amarela, vermelha, azul, roxa, cinza, falcon ou frascos de hemocultura); 23. Esparadrapo e/ou micropore; 24. Etiquetas para identificação; 25. Caixa apropriada para o transporte do material ao laboratório; 26. Livro para protocolo de entrega dos exames ao laboratório.
MÉTODO	14. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 15. Verificar quais exames solicitados e se a guia de requisição está devidamente preenchida; 16. Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados; 17. Confirmar com o paciente (se consciente) o preparo adequado para o exame solicitado; 18. Registrar em livro de protocolo os dados do paciente e exames solicitados; 19. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 20. Atentar para rede venosa, escolhendo veias de maior calibre; 21. Realizar antissepsia com álcool 70% com movimentos circulares, aguardando a evaporação do produto antes de introduzir a agulha; 22. Coletar exame conforme técnica de punção venosa; 23. Acondicionar o material coletado em caixa de transporte; 24. Desprezar as luvas e lavar as mãos;

	25. Encaminhar o material ao laboratório; 26. Solicitar à pessoa que recebeu o material assine o livro de controle.
OBSERVAÇÕES	✓ Todos os tubos deverão ser homogeneizados imediatamente após a coleta. Deve-se invertê-los de 5 a 8 vezes, suavemente. ✓ Quando o paciente possui mais de um exame solicitado, e esses exames necessitam de materiais diferentes que devem ser coletados em recipientes diferentes, deve-se obedecer a uma sequência para a coleta de materiais para que não haja contaminação dos aditivos de um tubo para o outro, evitando grandes alterações em alguns parâmetros analíticos. ➤ A sequência de coleta para tubos de sangue é; 6º. Tubo com Citrato de Sódio (tampa azul); 7º. Tubo sem anticoagulante (tampa vermelha ou tampa amarela); 8º. Tubo com heparina (tampa verde); 9º. Tubo com EDTA (tampa roxa); 10º. Tubo com Fluoreto de Sódio (tampa cinza).

POP 044 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE ARTERIAL	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	A gasometria arterial avalia a troca gasosa, através da medida das pressões parciais de Oxigênio (PaO ₂) e Dióxido de Carbono (PaCO ₂), assim como o pH de uma amostra arterial.
RECURSOS	9. Agulha hipodérmica; 10. Seringa de 3ml com heparina (ou seringa específica para gasometria arterial); 11. Cubo de borracha para proteção da agulha (em geral presente nos kits para gasometria arterial); 12. Tampa plástica para seringa (fornecida pelo fabricante da seringa); 13. Bolinha de algodão com álcool 70% (ou lenço antisséptico); 14. Bolinha de algodão seco (ou gaze); 15. Esparadrapo; 16. Luvas de procedimento.
MÉTODO	16. Lavar as mãos conforme técnica adequada; 17. Escolher qual artéria será puncionada, dando preferência para a radial; 18. Posicionar o paciente com o punho em extensão e localizar a artéria radial com os dedos indicador e médio. 19. Realizar o Teste de Allen: comprimir a artéria radial e ulnar ao mesmo tempo. A mão ficará descorada. Interromper a compressão sobre a artéria ulnar e a cor normal da mão deverá retornar. Esse procedimento assegura que haverá aporte sanguíneo para a mão caso haja espasmo da artéria radial; 20. Calçar as luvas e conectar a seringa à agulha; 21. Desencapar a seringa e localizar novamente a artéria radial usando a sua mão não-dominante; 22. Inserir a agulha na pele em um ângulo de 30 graus, no local onde há pulsação máxima da artéria radial. Avançar lentamente a agulha até que haja um fluxo de sangue dentro da agulha. A pressão arterial preencherá a seringa; 23. Remover o conjunto agulha/seringa, protegendo a ponta da agulha no cubo de borracha;

	24. Aplicar pressão sobre o local da punção com a bolinha de algodão para estancar o sangramento. Prolongar a pressão por um período de 3 a 5 minutos; 25. Retirar de forma segura a agulha (com a ponta já protegida) e desprezar na caixa coletora de perfurocortantes; 26. Ocluir a ponta da seringa com a tampa fornecida pelo fabricante e retirar qualquer bolha de ar presente; 27. Dispor o material em uma caixa com gelo (ou gelox) e encaminhar prontamente para análise; 28. Retirar as luvas e desprezá-las no cesto de lixo infectante; 29. Lavar as mãos; 30. Realizar a anotação correta sobre a realização do procedimento no prontuário do paciente. Não se esquecer de relatar possíveis intercorrências.
OBSERVAÇÕES	✓ Explicar ao paciente que a gasometria arterial avalia como os pulmões estão entregando o Oxigênio ao sangue e eliminando o Dióxido de Carbono. ✓ Após avaliação, informar ao paciente qual será o local da punção: artéria radial, braquial, femoral ou inguinal. ✓ Instruir o paciente a respirar normalmente durante a coleta de sangue arterial e avisá-lo que uma dor rápida e latejante poderá ser sentida no local da punção. ✓ Após aplicar pressão sobre o local da punção por um período de 3 a 5 minutos, depois de verificar que o sangramento cessou, faça um curativo com gaze firmemente fixada sobre o local puncionado. ✓ Se o local puncionado for no membro superior, não prenda fita adesiva em toda a circunferência do braço. Isso pode restringir ou interromper a perfusão sanguínea. ✓ Se o paciente está em uso de anticoagulantes ou possui alguma coagulopatia, aplique pressão no local de punção por mais de 5 minutos, caso seja necessário. ✓ Caso o paciente esteja em oxigenoterapia, anote o fluxo de oxigênio e o modo de oxigenoterapia/ventilação. ✓ Monitore os sinais vitais e observe se existem sinais de prejuízo circulatório.

POP 045 - COLETA PARA EXAME DE ESCARRO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O exame de escarro detecta bactérias ou fungos que podem causar infecções nos pulmões ou vias respiratórias. A expectoração é um líquido espesso produzido nos pulmões e vias respiratórias que é eliminada pela tosse. O tipo de bactéria ou fungo será identificado com um microscópio ou por análises químicas.
RECURSOS	4. Frasco próprio (coletor estéril); 5. Luvas de procedimento; 6. Máscara facial.
MÉTODO	7. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 8. Realizar ou solicitar que o paciente faça higiene oral com água morna; 9. Solicitar para o paciente tossir e escarrar no frasco previamente identificado com: nome do paciente, data, horário da coleta, número de quarto e leito; 10. Encaminhar a amostra para o laboratório imediatamente; 11. Lavar as mãos; 12. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.
OBSERVAÇÕES	✓ O pedido de exame de escarro deverá ser coletado com o paciente em jejum.

POP 046 - COLETA PARA EXAME DE URINA I	
AGENTE S	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O exame de urina é usado para diagnóstico e monitoramento de doenças renais e do trato urinário, doenças sistêmicas ou metabólicas, doenças hepáticas e biliares, desordens hemolíticas.
RECURSOS	3. Cuba rim; 4. Recipiente para coleta.
MÉTODO	➤ Paciente consciente: próprio paciente faz a coleta: 10. Lavar as mãos; 11. Reunir o material e colocá-lo na mesa de cabeceira do paciente; 12. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente; 13. Solicitar ao paciente para executar a higiene dos genitais, usando água e sabão neutro, enxugar com gaze ou compressa; 14. Orientar para que despreze o primeiro jato urinário no vaso sanitário e, a seguir, colher a urina restante no frasco coletor; previamente identificado e etiquetado com nome do paciente; 15. Retirar as luvas; 16. Encaminhar a urina ao laboratório; 17. Lavar as mãos; 18. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames. ➤ Paciente debilitado: coleta pela equipe de Enfermagem ✓ Coleta masculina: 14. Expor a glândula e lavá-la com água e sabão (não usar antisséptico); 15. Enxugar com toalha de pano limpa, papel descartável ou uma gaze; 16. Com uma das mãos, expor e manter retraído o prepúcio; 17. Com a outra mão segurar o frasco de coleta destampado e identificado; 18. Desprezar no vaso sanitário o primeiro jato urinário; 19. Sem interromper a micção, posicionar o jato diretamente no frasco de coleta até completar 20 a 50ml; 20. Desprezar o restante da urina existente na bexiga no vaso sanitário e fechar o frasco de urina; 21. Retirar as luvas; 22. Encaminhar a urina ao laboratório;

	23. Lavar as mãos; 24. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames. ✓ Coleta feminina: 11. Lavar a região vaginal, de frente para trás, com água e sabão (não usar antisséptico); 12. Enxugar com toalha de pano limpa, papel descartável ou uma gaze; 13. Sentar no vaso sanitário e abrir as pernas; 14. Com uma das mãos afastar os grandes lábios; 15. Com a outra mão, segurar o frasco de coleta destampado e identificado; 16. Desprezar no vaso sanitário o primeiro jato urinário; 25. Sem interromper a micção, posicionar diretamente o frasco de coleta na direção do meato urinário até completar 20 a 50ml; 26. Desprezar o restante da urina existente na bexiga no vaso sanitário e fechar o frasco de urina. 17. Retirar as luvas; 18. Encaminhar a urina ao laboratório; 19. Lavar as mãos; 20. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.
OBSERVAÇÕES	✓ Excetuando os casos de urgência, a urina deve ser coletada 3 a 5 dias após o término do sangramento (menstruação).

POP 047 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS (CLEARANCE DE CREATININA)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na análise da urina para avaliar o funcionamento dos rins e investigar algumas alterações urinárias. Através dos resultados da urina de 24 horas é possível definir a taxa de filtração de sangue pelos rins, chamada de taxa de filtração glomerular, pesquisar a presença de proteínas na urina e identificar as concentrações na urina de vários sais minerais, entre eles Sódio, Potássio, Cálcio e Fósforo.
RECURSOS	4. Frasco de 1000ml;

	5. Cuba rim; 6. Luvas de procedimento.
MÉTODO	9. Lavar as mãos; 10. Reunir o material, identificando os recipientes com nome do paciente, leito, quarto, data, hora do início e término da coleta; 11. Orientar o paciente sobre a necessidade da realização do exame; 12. Orientar o paciente para desprezar no vaso sanitário a primeira micção da manhã e a seguir iniciar a coleta da urina em cuba rim ou frasco próprio, até completar 24 horas, inclusive a urina do horário em que foi desprezada a primeira urina da manhã anterior; 13. Encaminhar os frascos com o material após 24 horas para o laboratório juntamente com o peso e altura do paciente; 14. Avisar o laboratório para colher amostra de sangue; 15. Lavar as mãos; 16. Anotar no prontuário do paciente a quantidade e característica da urina encaminhada e anotar também no caderno de controle de exames.
OBSERVAÇÕES	✓ Durante as 24 horas de coleta, a ingestão de líquidos deve ser habitual. ✓ Todo volume urinário coletado nas 24 horas deverá ser trazido imediatamente ao laboratório após a coleta. ✓ Se durante a jornada de 24 horas o paciente urinar no vaso sanitário, terá que começar tudo de novo no dia seguinte. ✓ Não colocar a urina em frasco de refrigerante ou água sanitária. ✓ Em pacientes masculinos, orientar para urinar diretamente no frasco.

POP 048 - PREPARO DE PACIENTES INTERNADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a realização de procedimentos que favoreçam a execução do exame e que proporcionem resultado satisfatório e fidedigno para a devida intervenção na clínica do paciente. Tem o objetivo de preparar o paciente de forma segura e adequada para a rápida realização dos exames.
RECURSOS	7. Cadeira de rodas; 8. Maca com grades; 9. Lençol; 10. Prontuário do paciente; 11. Impresso do pedido de exame; 12. Álcool 70%.
MÉTODO	4. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 6. Acompanhar o paciente até o local do exame, se fora da unidade. Ao Enfermeiro compete: 7. Avaliar o risco de remoção da unidade; 8. Confirmar se realizado preparo para exame; 9. Orientar a equipe de enfermagem quanto à remoção adequada de acordo com o exame e o estado físico do paciente; 10. Conferir preenchimento adequado do impresso de exame; 11. Solicitar realização do exame no leito do paciente ao setor responsável; 12. Confirmar com o setor responsável para encaminhar o paciente até o local da execução do exame. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 12. Orientar o paciente e o acompanhante sobre o transporte; 13. Colocar o paciente em cadeira de rodas ou em maca, de acordo com orientação do Enfermeiro; 14. Posicionar o paciente de forma segura; 15. Elevar grades da maca e cobrir o paciente com lençol; 16. Levar o prontuário e o pedido de solicitação do exame;

	17. Encaminhar o paciente para o exame com o devido preparo realizado; 18. Trazer o paciente de volta ao leito, posicionando-o de forma confortável; 19. Manter unidade do paciente em ordem; 20. Devolver o prontuário ao Enfermeiro; 21. Guardar maca ou cadeira de rodas na rouparia, higienizando-a após o uso com álcool 70%; 22. Realizar as anotações de enfermagem, registrando horário de partida e chegada à unidade e intercorrências quando houver.
OBSERV AÇÕES	✓ Realizar o preparo adequado conforme orientação do Enfermeiro; ✓ Evitar exposição do paciente; ✓ Posicionar o paciente de forma segura e confortável; ✓ Encaminhar o paciente no horário previsto. ✓ Auxiliar de imediato e comunicar ao Enfermeiro se queda da maca ou cadeira de rodas. ✓ Comunicar ao Médico e Enfermeiro para conduta adequada se intercorrência com estado clínico do paciente.

POP 049 - TRICOTOMIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Raspagem dos pelos da pele. É feita com a finalidade de facilitar a limpeza e desinfecção da pele.
RECURSOS	7. Gazes limpas; 8. Cuba rim ou redonda; 9. Sabonete ou sabão líquido; 10. Aparelho para tricotomia tipo descartável; 11. Luvas de procedimento; 12. Saco plástico.
MÉTODO	21. Lavar as mãos; 22. Explicar o procedimento ao paciente; 23. Isolar o paciente com biombos; 24. Expor o local onde foi feita a tricotomia; 25. Cobrir o paciente deixando exposto apenas o local a ser tricotomizado; 26. Calçar as luvas; 27. Molhar a gaze no sabão; 28. Ensaboar a região por onde se inicia a tricotomia; 29. Caso haja pelos grandes, cortá-los primeiramente com a tesoura; 30. Tracionar a pele da região a ser tricotomizada com auxílio da gaze; 31. Iniciar a tricotomia em direção ao crescimento do pelo; 32. Evitar ranhaduras e solução de continuidade na pele; 33. Retirar os pelos do aparelho com gaze; 34. Jogar a gaze no lixo próprio; 35. Ensaboar outra área e repetir a técnica; 36. Verificar ao término, se toda a região foi tricotomizada; 37. Encaminhar o paciente para o banho; 38. Colocar a unidade em ordem; 39. Lavar as mãos; 40. Anotar no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ No caso de cirurgias programadas a tricotomia deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia e só quando realmente necessária. ✓ Áreas de tricotomia:

	• Cirurgia de crânio: todo o couro cabeludo ou conforme prescrição médica; • Cirurgias torácicas: região torácica até umbigo e axilas; • Cirurgia cardíaca: toda extensão corporal (face anterior e posterior), menos o couro cabeludo; • Cirurgia abdominal: desde a região mamária até o púbis; • Cirurgia dos rins: região abdominal anterior e posterior; • Cirurgia de membros inferiores: todo o membro inferior e púbis. ✓ Calçar luvas, como meio de proteção pessoal, em todas as tricotomias. ✓ Usar tesoura para cortar pelos mais longos e cabelos, sempre que for necessário e retirá-los com papel toalha; ✓ O pelo deve ser raspado delicadamente no sentido do crescimento do mesmo, para evitar lesão na pele e foliculite; ✓ A pele deve ser esticada para facilitar o deslizamento do aparelho e evitar lesão; ✓ Realizar degermação na área tricotomizada.
--	---

POP 050 - APLICAÇÃO DE CALOR	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Na aplicação de calor utiliza-se a bolsa de água quente, conhecida também como termoterapia que é o tratamento baseado no uso de meios físicos como as bolsas quentes. Tem o objetivo de diminuir o edema, aliviar a dor, facilitar a flexão em articulações e músculos contraídos.
RECURSOS	5. Bandeja; 6. Bolsa de borracha; 7. Toalha ou fronha; 8. Recipiente com água quente (temperatura de 43° a 46°C).
MÉTODO	15. Reunir todo material necessário; 16. Higienizar as mãos; 17. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 18. Segurar a bolsa na posição vertical, enchendo-a com água quente, até 1/3 para abdome e até 2/3 da sua capacidade para pés, mãos ou outro local; 19. Retirar o ar, colocando a bolsa horizontalmente sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura; 20. Fechar e enxugar a bolsa, verificando vazamentos; 21. Envolver a bolsa com uma toalha e testar no seu próprio antebraço a temperatura adequada; 22. Aplicar no local desejado por 20 a 30 minutos; 23. Observar a pele do paciente sob o local de 10 em 10 minutos; 24. Substituir a água da bolsa, quando necessário; 25. Terminada a aplicação, retirar a bolsa e manter a região agasalhada para evitar corrente de ar; 26. Higienizar as mãos; 27. Recompôr a unidade; 28. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ É importante verificar a integridade da bolsa térmica antes de seu uso, como as condições da tampa e da vedação. ✓ Não é indicado aplicação de calor em pacientes com patologias vasculares (ex: isquemia).

	✓ Não coloque diretamente sobre a ferida aberta. ✓ Nunca colocar bolsa térmica com água quente debaixo do paciente para evitar compressão excessiva da mesma, pois resulta em vazamento e queimaduras ao paciente. ✓ Não realizar a técnica em pacientes que apresentem reação inflamatória aguda, pois a terapia de calor pode aumentar a hiperemia, edema, dor e acelerar a formação de abscesso. ✓ Qualquer sinal de queimadura ou maceração da pele suspender aplicação da bolsa quente e comunicar ao Enfermeiro.
--	--

POP 051 - APLICAÇÃO DE FRIO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A Termoterapia é o tratamento baseado no uso de meios físicos como as bolsas geladas. Tem o objetivo de manutenção de uma área resfriada por 20 minutos visando abaixar a febre e edema nas contusões e luxações, aliviar dor, prevenção e tratamento da mama ingurgitada, controlar hemorragias e evitar formação de bolhas em queimaduras.
RECURSOS	8. Bandeja; 9. Recipiente com gelo picado; 10. Bolsa de borracha para gelo ou bolsa de gel gelado; 11. Toalha ou fronha; 12. Impermeável; 13. Pares de luvas de procedimento, se necessário; 14. Biombo, se necessário.
MÉTODO	21. Verificar a prescrição do Enfermeiro; 22. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e ao acompanhante; 23. Identificar o local da aplicação; 24. Higienizar as mãos; 25. Reunir todo o material necessário e prepará-lo; 26. Testar as condições da bolsa; 27. Colocar gelo picado na bolsa até no máximo 1/3 de sua capacidade; 28. Retirar a maior quantidade de ar possível da bolsa; 29. Fechar e enxugar a bolsa, certificando de não haver vazamento; 30. Envolver a bolsa com uma toalha ou fronha; 31. Calçar luvas de procedimento; 32. Colocar a bolsa no local identificado de 15 a 20 minutos, aguardar 30 minutos e repetir quando indicado; 33. Observar de 10 em 10 minutos a pele do paciente sob o local, especialmente em pacientes inconscientes e crianças; 34. Substituir o gelo e a toalha quando o mesmo derreter; 35. Retirar a bolsa após o término da aplicação; 36. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade e ordem; 37. Retirar luvas de procedimento;

	38. Esvaziar a bolsa, lavá-la externamente com água e sabão e deixá-la secar enchendo-a de ar; 39. Higienizar as mãos; 40. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Em pacientes idosos, inconscientes, desnutridos e crianças, tomar cuidado quanto ao limite da temperatura, devido à maior sensibilidade da pele. ✓ Não fazer aplicação de bolsa de gelo além de 20 minutos, devido ao risco de queimadura, podendo ser repetido este procedimento após 30 minutos, dependendo do local da lesão. ✓ A terapia de frio pode aumentar cólicas peristálticas e apresentar queimaduras de pele, caso ocorra comunicar ao Enfermeiro; ✓ Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração da pele e queixas do paciente, suspender o procedimento e comunicar ao Enfermeiro.

POP 052 - REALIZAÇÃO DE BANHO DE ASPERSÃO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Procedimento realizado quando o paciente é encaminhado ao banho no chuveiro com o auxílio da enfermagem. Tem o objetivo de proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a integridade cutânea.
RECURSOS	13. Luvas de procedimento; 14. Sabonete; 15. Toalha; 16. Cadeira higiênica; 17. Xampu e condicionador; 18. Escova de dente e creme dental; 19. Toalha de piso; 20. Lençol; 21. Lençol móvel, se necessário; 22. Compressa; 23. Álcool 70%; 24. Hamper;
MÉTODO	➤ Banho de aspersão em pacientes semi dependentes: 25. Higienizar as mãos; 26. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente; 27. Orientar quanto ao procedimento que será realizado; 28. Fechar as portas e janelas; 29. Calçar as luvas; 30. Colocar o paciente na cadeira higiênica, se necessário; 31. Ligar o chuveiro e controlar a temperatura da água; 32. Auxiliar o paciente a despir-se, se necessário; 33. Ajudar o paciente a ensaboar-se, se necessário; 34. Oferecer a lavagem do couro cabeludo; 35. Oferecer material para higiene oral: escova e creme dental; 36. Remover toda a espuma com o chuveirinho; 37. Auxiliar o paciente a se secar, se necessário; 38. Retirar as luvas, realizar a lavagem das mãos e calçar novo par de luvas; 39. Acompanhá-lo até o leito;

	40. Auxiliar o paciente a se vestir; 41. Retirar os lençóis da cama colocando-os no hamper e encaminhar ao expurgo; 42. Realizar limpeza concorrente com compressa e álcool 70%; 43. Realizar a troca de roupa de cama; 44. Auxiliar o paciente a deitar-se no leito, deixando-o em uma posição confortável; 45. Manter o ambiente em ordem; 46. Retirar as luvas e desprezá-las no saco de lixo apropriado; 47. Higienizar as mãos; 48. Realizar as anotações de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000). ➤ Banho de aspersão em pacientes independentes: 1. Entregar roupas e produtos de higiene para os pacientes independentes; 2. Entregar Clorexidina Degermante 4% em caso de pacientes em precaução de contato.
OBSERVAÇÕES	✓ Avaliar a temperatura da água. ✓ Avaliar integridade cutânea. ✓ Avaliar a segurança do ambiente. ✓ Se Hipotensão postural, retornar ao leito elevando os membros inferiores se não houver restrições e informar ao Enfermeiro e o Médico. ✓ Se queimadura; desligar o chuveiro, comunicar ao Enfermeiro para exame físico e chamar o Médico; ✓ Se choque térmico; desligar o chuveiro, comunicar ao Enfermeiro para exame físico e chamar o Médico.

POP 053 - REALIZAÇÃO DE BANHO NO LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O banho é uma parte do cuidado de higiene, com fins terapêuticos e de limpeza para proporcionar bem-estar e higiene, estimular a circulação, promover exercícios ativos/passivos, viabilizar a inspeção corporal. Tem o objetivo de orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados prestados durante o banho do paciente, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto.
RECURSOS	19. Luvas de procedimentos; 20. Biombos (se necessário); 21. Hamper; 22. Água; 23. Bacias (em caso de banho no leito); 24. Clorexidina Degermante 4% e/ou sabonetes líquidos; 25. Xampu (quando necessário); 26. Luvas de banho/pano; 27. Gazes; 28. Toalhas; 29. Cremes hidratantes; 30. Roupas de camas; 31. Roupas para o paciente vestir; 32. Fralda descartável (se necessário); 33. Travesseiros e/ou coxins; 34. Protetores de calcâneos (se necessário); 35. Escova de cabelo/pente; 36. Absorvente higiênico em caso de paciente feminino.
MÉTODO	➤ Banho no leito nos pacientes dependentes 37. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos; 38. Explicar ao paciente o que será feito; 39. Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito; 40. Fechar as portas e janelas; 41. Proteger a unidade do paciente com biombos;

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">42.Desprender a roupa de cama, iniciando ao lado oposto onde permanecer;43.Fazer higiene oral do paciente e lavar a cabeça, se necessário;44.Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça;45.Lavar os olhos, limpando o canto interno para o externo, usando gaze;46.Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;47.Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol;48.Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;49.Trocar a água;50.Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimento circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;51.Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, até a região genital;52.Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;53.Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nos interdígitos, observando condições dos mesmos e enxugar bem;54.Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente;55.Fazer higiene íntima do paciente, de acordo com a técnica;56.Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia;57.Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo a posição com o auxílio de outra pessoa;58.Lavar e enxugar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;59.Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão;60.Trocar de luvas;61.Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral;62.Virar o paciente sobre o lado pronto do leito; |
|--|--|

	63. Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper; 64. Terminar a arrumação do leito; 65. Hidratar a pele do paciente; 66. Vestir o paciente; 67. Pentear os cabelos do paciente; 68. Utilizar travesseiros e/ou coxins para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado; 69. Colocar protetores de calcâneos; 70. Recompôr a unidade do paciente, colocando tudo no lugar; 71. Retirar as luvas e lavar as mãos; 72. Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.
OBSERVAÇÕES	✓ A higiene e conforto do paciente ficam a cargo da equipe de Enfermagem. ✓ Realizar o banho conforme divisão de tarefas. ✓ Explicar sempre ao paciente o que será feito. ✓ Ao lidar com o paciente de maneira direta, é imprescindível o uso de luvas. ✓ Utilizar Clorexidina Degermante para o banho, como também o uso de avental e EPIs em pacientes com precaução de contato. ✓ Caso ocorra divisão de banheiro com outro paciente que não tenha precaução de contato, encaminhar este primeiro para a higiene, pois depois do banho de um paciente com precaução de contato obrigatoriamente é necessário a limpeza do banheiro pela equipe da limpeza. ✓ Cuidar durante o banho para não expor desnecessariamente o paciente. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente. ✓ Encaminhar os pacientes para banho de aspersão em cadeira para um banho de auxílio. ✓ Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras. ✓ As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho. ✓ Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do paciente (água morna). ✓ Proteger as incisões com filme plástico.

	✓ Encaminhar o material utilizado ao expurgo para a lavação e armazenamento pelo pessoal da limpeza.
--	--

POP 054 - MASSAGEM DE CONFORTO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

CONCEITO	É o ato de massagear de forma sistemática os tecidos do corpo, geralmente na região dorsal, com movimentos de deslizamento leve e pesado, amassando e friccionando. Tem o objetivo de estimular a circulação; proporcionar relaxamento muscular, conforto e bem-estar e prevenir úlceras por pressão.
RECURSOS	4. Luvas de procedimento; 5. Toalha; 6. Creme hidratante.
MÉTODO	15. Verificar o produto a ser utilizado; 16. Orientar paciente e acompanhantes para obter sua cooperação; 17. Lavar as mãos; 18. Reunir o material necessário; 19. Abaixar a cabeceira do leito e colocar o paciente em decúbito lateral D (direito), E (esquerdo) ou ventral; 20. Soltar a camisola, descobrir a região dorsal até as nádegas; 21. Dispor a toalha no sentido longitudinal junto ao paciente; 22. Colocar pequena quantidade de creme na palma da mão e espalhar, friccionando uma na outra; 23. Iniciar o deslizamento, na região dorsal inferior e central, coluna vertebral, ombros até o deltoide, retornar pela superfície lateral; 24. Repetir a massagem do outro lado; 25. Manter sempre as mãos sobre a pele do paciente e fazer deslizamentos leves; 26. Recompôr a vestimenta e retirar a toalha; 27. Colocar o paciente em posição confortável; 28. Anotar o procedimento observando quanto ao aspecto da pele, e checar a prescrição de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	✓ Realizar massagem de conforto a cada 2 horas, junto com a mudança de decúbito ou sempre que necessário.

POP 055 - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	
AGENTE S	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Mudança de decúbito é o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitação física. Tem o objetivo de promover o conforto, prevenir úlceras por pressão com alívio da pressão localizada, melhorar a mobilidade, a percepção sensorial, a perfusão e minimizar as forças de atrito, cisalhamento e superfícies secas em contato com a pele.
RECURSOS	6. Travesseiros; 7. Coxins; 8. Colchões; 9. Almofadas; 10. Luvas de procedimento, se necessário.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 5. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será movimentado, sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados; 6. Planejar o procedimento; 7. Orientar a equipe na realização da mudança de decúbito a cada 2 horas; 8. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: ➤ Cabeceira: 3. Ao posicionar o paciente na cabeceira da cama, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deverá flexionar os joelhos do paciente; colocar um braço sob os ombros, apoiando a cabeça, e o outro sob a região lombar; a um comando, ambos os técnicos de enfermagem elevam e movimentam o paciente em direção à cabeceira; 4. Anotar o procedimento realizado e as observações. ➤ Decúbito lateral: 12. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado; 13. Higienização das mãos; 14. Colocar o paciente na lateral do leito e virá-lo de lado;

15. Para mover um paciente imóvel, é necessário flexionar os joelhos de forma que não fiquem próximos ao colchão;
16. Colocar uma mão sobre os quadris do paciente e a outra mão nos ombros;
17. Virar o paciente para o lado;
18. Colocar um travesseiro sob a cabeça e pescoço do paciente;
19. Colocar os braços em posição ligeiramente flexionados. O braço posterior deve apoiar sobre um travesseiro ao nível do ombro e o braço anterior deve ser apoiado no colchão;
20. Colocar um apoio sob o dorso do paciente;
21. Colocar um travesseiro entre as pernas semiflexionadas na altura dos quadris;
22. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito ventral:**

7. Rolar o paciente sobre o braço próximo ao seu corpo com o cotovelo esticado e a mão sob os quadris. Posicionar o abdome no centro do leito;
8. Posicionar a cabeça do paciente para um dos lados e colocar sob a cabeça um travesseiro pequeno;
9. Colocar um travesseiro pequeno sob o abdome do paciente, abaixo do nível do diafragma;
10. Apoiar os braços em flexão ao nível dos ombros;
11. Apoiar a parte anterior das pernas com um travesseiro para elevar os dedos;
12. Anotar o procedimento realizado e as observações.

➤ **Decúbito dorsal:**

10. Colocar o paciente de costas, com a cabeceira do leito na posição horizontal;
11. Manter a cabeça alinhada com a cabeceira e com a coluna vertebral, utilizando um travesseiro sob a cabeça e o pescoço;
12. Estender discretamente os membros superiores ao nível dos cotovelos, colocar travesseiros sob os antebraços pronados;
13. Flexionar os membros inferiores, colocar um coxim sob os joelhos;
14. Colocar um pequeno travesseiro ou coxim sob os tornozelos para elevar os calcanhares;

	15. Colocar um suporte para os pés ou travesseiro macio sob a planta dos pés do paciente; 16. Deixar o paciente confortável; 17. Deixar o ambiente em ordem; 18. Anotar o procedimento realizado e as observações.
OBSERVAÇÕES	✓ Planejar o procedimento antes de executá-lo. ✓ Quando fizer força para levantar o paciente, flexione os quadris, com isto, os músculos da coxa e do tronco entram em função, ao invés de sacrificar os músculos da coluna. ✓ Mantenha as mãos sempre secas e aquecidas. ✓ Nunca movimente sozinho um paciente obeso ou com dependência total. ✓ Prestar atenção quando o paciente estiver com infusão venosa. ✓ Para prevenir o pé equino, manter os calcanhares livres, colocar um coxim sob as pernas e um suporte para a região plantar. ✓ Para evitar lesão de pele, fazer proteção de saliência óssea. ✓ Em caso de impedimento à mudança de posição do paciente pedir a reavaliação do mesmo pelo Enfermeiro; ✓ Ao posicionar o paciente tomar cuidados para não tracionar drenos, sondas e catéteres, circuito de respiradores e, caso ocorra, comunicar ao Enfermeiro.
POP 056 - UTILIZAÇÃO DE COMADRE E COMPADRE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Comadre e compadre são utensílios utilizados para eliminação de diurese e evacuação. Tem o objetivo de proporcionar ao paciente acamado, meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação e facilitar o controle das excretas.
RECURSOS	8. Luvas de procedimento; 9. Comadre ou compadre; 10. Bacia com água morna e sabonete; 11. Papel higiênico; 12. Toalha; 13. Biombo; 14. Saco plástico.

MÉTODO	18. Higienizar as mãos; 19. Reunir o material e encaminhar ao quarto do paciente; 20. Orientar o paciente sobre o procedimento; 21. Manter a privacidade do paciente com o uso de biombo; 22. Calçar as luvas; 23. Solicitar ao paciente para flexionar as pernas e elevar o quadril, se não houver restrição; 24. Se impossibilitado, com a ajuda de outro Técnico, lateralizar o paciente, facilitando o encaixe; 25. Encaixar a comadre embaixo das nádegas do paciente, deixando um espaço entre os membros inferiores cobrindo com o lençol; 26. Se utilizar o compadre, colocar o pênis dentro do recipiente; 27. Oferecer o papel higiênico; 28. Após o término, retirar a comadre ou compadre e desprezar no vaso sanitário as excretas; 29. Realizar a higiene íntima; 30. Oferecer a bacia com água morna, sabonete e toalha para a higiene das mãos; 31. Colocar a comadre ou o compadre em um saco plástico e levar ao expurgo para posterior limpeza, após limpeza identificar com data da higienização; 32. Retirar as luvas e jogar no lixo; 33. Lavar as mãos; 34. Realizar as anotações de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	✓ Observar quantidade, aspecto e coloração da eliminação vesical e intestinal. ✓ Se o paciente não conseguir eliminar as excretas, devido posição ou anestesia, comunicar ao Enfermeiro e ao Médico para possível intervenção e prescrição médica de passagem de sonda vesical de alívio, lavagem intestinal, uso de diuréticos e laxativos.

POP 057 - OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na administração de Oxigênio numa concentração de pressão superior a encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de Oxigênio ou Hipóxia. Tem o objetivo de promover a oxigenação e umidificar secreções, facilitando a expectoração e melhorando a ventilação.
RECURSOS	6. Bandeja; 7. Catéter de oxigênio de tamanho adequado; 8. Umidificador com extensão; 9. Água destilada; 10. Fluxômetro.
MÉTODO	12. Higienizar as mãos; 13. Reunir todo o material e levar à cabeceira do paciente; 14. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 15. Levantar a cabeceira do paciente (de 30° a 45°); 16. Instalar o umidificador com água destilada até 2/3 da sua capacidade e adaptá-lo ao fluxômetro; 17. Conectar o catéter ao fio da extensão; 18. Introduzir o catéter na narina e adaptá-lo atrás do pavilhão auricular do paciente; 19. Regular o fluxômetro 1 a 6l/min, conforme a prescrição médica; 20. Observar reações do paciente; 21. Higienizar as mãos; 22. Realizar anotação de Enfermagem, com hora, quantidade de l/min., assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Atentar para os seguintes sinais: • Nível de consciência; • Frequência e padrão respiratório; • Perfusão periférica; • Saturação de Oxigênio; • Frequência cardíaca e pressão arterial. • Informar alterações ao Médico/Enfermeiro.

	✓ Fazer revezamento nas narinas, se em uso de catéter simples. ✓ O frasco/extensão quando utilizado com água, deve ser trocado sempre que apresentar sujidade. ✓ A Oxigenoterapia excessiva pode reduzir o estímulo respiratório do paciente por diminuição de Dióxido de Carbono.
--	--

POP 058 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
AGENTES	Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na administração de Oxigênio numa concentração de pressão superior a encontrada na ambiental para corrigir e atenuar deficiência de Oxigênio ou hipóxia. Tem o objetivo de favorecer concentração precisa de Oxigênio e permitir fluxo constante de ar ambiente misturado ao fluxo fixo de Oxigênio.
RECURSOS	5. Fluxômetro; 6. Umidificador com água destilada; 7. Extensão; 8. Máscara de Venturi adequada ao tamanho do paciente.
MÉTODO	10. Higienizar as mãos; 11. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-la sobre a Mesa de cabeceira do paciente; 12. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 13. Elevar a cabeceira (de 30° a 45°); 14. Adaptar o fluxômetro ao Oxigênio; 15. Adaptar a válvula de concentração de Oxigênio da máscara de venturi e regular o fluxo, conforme prescrição médica; 16. Fixar a máscara adequadamente para evitar perda de Oxigênio; 17. Higienizar as mãos; 18. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

OBSERVAÇÕES		
Dispositivo de Oxigenoterapia	FIO₂ ofertada e fluxos	Principais Indicações
Catéter nasal de O₂	Cada l/min aumenta em 3 a 4% a FIO ₂ Ex.: 3l/min, FIO ₂ de 30 a 34% Uso de baixos fluxos, máximo de 5l/min	Casos menos graves Qualquer IRespA sem shunt como mecanismo predominante
Máscara facial de venturi	Mistura ar-oxigênio FIO ₂ precisa (24 a 50%) Uso de altos fluxos	Necessidade de precisão da titulação da FIO ₂ Exacerbação de DPOC ou IRespA mista
Máscara facial de aerossol	Combinações variáveis de O ₂ e fluxos moderados	Qualquer IRespA hipoxêmica não refratária a O ₂
Máscara facial com reservatório	Alta concentração (90 a 100%) de O ₂ e altos fluxos	IRA hipoxêmica com procedimento de shunt (SDRA, Pneumonia grave)

POP 059 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), Técnicos de Enfermagem (pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, desde que avaliados e prescrito pelo enfermeiro)
CONCEITO	É um procedimento que envolve a remoção de secreções da traqueia e dos brônquios por meio de sonda inserida na boca, nariz ou orifício traqueal para manter a permeabilidade das vias aéreas e melhorar a eficiência ventilatória.
RECURSOS	10. Rede de vácuo ou aspirador manual montado com frasco coletor de secreções e extensão; 11. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; 12. Sonda de aspiração traqueal estéril nº 12, 14 ou 16 (adulto) e nº 8 ou 10 (criança); 13. Compressa gaze estéril; 14. Luvas estéreis; 15. Máscara descartável; 16. Óculos protetor; 17. Avental descartável; 18. Estetoscópio.
MÉTODO	26. Checar montagem de material necessário; 27. Orientar o paciente, se consciente, sobre o procedimento a ser realizado; 28. Lavar as mãos; 29. Colocar a máscara e o avental descartáveis e óculos protetor; 30. Conectar o frasco de aspiração ao manômetro na saída do sistema de vácuo centralizado; 31. Colocar água (não estéril) no copo descartável para lavar o sistema; 32. Conectar uma extensão ao frasco de aspiração; 33. Abrir a sonda de aspiração pela extremidade da embalagem, na parte próxima ao orifício do conector “Y” e conectá-la à extensão do frasco de aspiração; manter o restante da sonda dentro do invólucro. 34. Abrir vácuo centralizado; 35. Calçar luvas estéreis; 36. Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la, segurando-a com

	a mão dominante; 37. Afastar a nebulização caso o paciente esteja fazendo uso, com a mão não-dominante; 38. Introduzir a sonda nas vias aéreas, sem ocluir o orifício do “Y”; 39. Ocluir o orifício do “Y” com o polegar da mão não-dominante após a introdução da sonda; 40. Retirar a sonda fazendo movimentos rotatórios suaves; 41. Repetir os itens 13, 14 e 15 quantas vezes forem necessárias; 42. Oxigenar o paciente, quando necessário; 43. Realizar aspiração oral; 44. Desconectar e desprezar a sonda de aspiração e a luva da mão dominante no lixo infectante; 45. Manter o vácuo aberto e, ao término do procedimento, ou quando cheio de secreção, aspirar a água do copo para realizar a limpeza do circuito; 46. Recolher o material; 47. Retirar as luvas; 48. Lavar as mãos; 49. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 50. Manter a sala em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Nunca aspirar a cavidade oral e/ou nasal e retornar à traqueia. ✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto são, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias. ✓ A aspiração deve ser realizada antes da administração da dieta gástrica/enteral ou no mínimo 1 hora após. ✓ Em situações de emergência ou quando o paciente estiver recebendo infusão enteral contínua, suspender a dieta durante o procedimento. ✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento. ✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento, (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando

	necessário. ✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração pelo Enfermeiro/Fisioterapeuta.
--	--

POP 060 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA ABERTO	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros
CONCEITO	O sistema aberto é a forma mais comum e conhecida de aspiração endotraqueal; este método necessita de desconexão do paciente da ventilação mecânica para realização do procedimento de aspiração de forma asséptica, com a introdução de sonda de aspiração estéril a qual irá sugar as secreções acumuladas no tubo endotraqueal.
RECURSOS	1. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor de secreções e extensão; 2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; 3. Ressuscitador manual (Ambu); 4. Luvas estéreis; 5. Sonda de aspiração; 6. Máscara descartável; 7. Óculos protetor; 8. Avental descartável; 9. Estetoscópio.
MÉTODO	27. Checar montagem de material necessário; 28. Avaliar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente; 29. Colocar máscara descartável e óculos de proteção; 30. Lavar as mãos; 31. Colocar a máscara e o avental descartáveis e óculos protetor; 32. Calçar luvas estéreis; 33. Conectar o frasco de aspiração ao manômetro na saída do sistema de vácuo centralizado; 34. Colocar água (não estéril) no copo descartável para lavar o sistema; 35. Conectar uma extensão ao frasco de aspiração; 36. Abrir a sonda de aspiração pela extremidade da embalagem, na parte próxima ao orifício do conector "Y" e conectá-la à extensão do frasco de aspiração; manter o restante da sonda dentro do invólucro. 37. Abrir vácuo centralizado; 38. Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la, segurando-a com a mão dominante; 39. Desconectar o aparelho de ventilação ou afastar a nebulização, caso o paciente esteja fazendo uso, com a mão não-

	dominante; 40. Introduzir a sonda no tubo orotraqueal/ nasotraqueal; 41. Ocluir o orifício do “Y” com o polegar da mão não-dominante após a introdução da sonda; 42. Retirar a sonda fazendo movimentos rotatórios suaves; 43. Repetir os itens 14, 15 e 16 quantas vezes forem necessárias; 44. Oxigenar o paciente, quando necessário; 45. Realizar aspiração oral; 46. Desconectar e desprezar a sonda de aspiração e a luva da mão dominante no lixo infectante; 47. Manter o vácuo aberto e, ao término do procedimento, ou quando estiver com secreção no circuito, aspirar a água do copo para realizar a limpeza do circuito; 48. Recolher o material; 49. Retirar as luvas; 50. Lavar as mãos; 51. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 52. Manter a sala em ordem.
OBSERV AÇÕES	✓ Nunca aspirar a cavidade oral e/ou nasal e retornar à traqueia. ✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto são, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias aéreas – secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar ou padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela dos ventiladores que possuem monitorização dos parâmetros por gráficos. ✓ A aspiração deve ser realizada antes da administração da dieta gástrica/enteral ou no mínimo 1 hora após. Em situações de emergência ou quando o paciente estiver recebendo infusão enteral contínua, suspender a dieta durante o procedimento. ✓ As válvulas de aspiração devem ser testadas 1 vez no início de cada turno. ✓ Em pacientes com parâmetros do ventilador pulmonar mecânico elevados ou edema cerebral, a aspiração deve ser feita somente após a avaliação do Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Médico. ✓ Avaliar a necessidade de sedação do paciente antes da aspiração,

	junto à equipe médica. ✓ Não recomendar a instilação de soro fisiológico rotineira, pois este procedimento pode provocar hipóxia e infecções. Fluidificar as secreções espessas ou tampão com 0,2 a 1ml conforme tamanho do tubo; ✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento. ✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento, (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário. ✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração ao Enfermeiro/Fisioterapeuta/Médico.
--	---

POP 061 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA FECHADO	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), Técnicos de Enfermagem (pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência a definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro)
CONCEITO	É um procedimento que envolve a remoção de secreções da traqueia e dos brônquios por meio de sistema fechado de aspiração (Trach-care) com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas; prevenir complicações respiratórias por acúmulo de secreções. Indicações: • Peep > 10 cm H₂O e/ou FiO₂ > 60%; • Precauções por aerossóis (tuberculose, varicela, sarampo e H1N1); • Pacientes soropositivos para HIV; • Sangramento pulmonar ativo; • Elevada produção de secreção em vias aéreas; • Para proteção dos profissionais.
RECURSOS	12. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor para secreções e extensão; 13. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; 14. Ressuscitador manual (AMBU); 15. Sonda de aspiração Trach-care; 16. Tubo de látex com cerca de 1,5 metros; 17. Compressa gaze estéril; 18. Luvas estéreis; 19. Máscara descartável; 20. Óculos protetor; 21. Avental descartável; 22. Estetoscópio.
MÉTODO	22. Checar montagem de material necessário; 23. Orientar o paciente (se consciente) sobre o procedimento a ser realizado; 24. Lavar as mãos; 25. Colocar máscara descartável e óculos de proteção;

	26. Calçar luvas estéreis; 27. Conectar o látex estéril ao aspirador; 28. Abrir o vácuo; 29. Destruar a válvula de sucção do Trach-care; 30. Testar a aspiração; 31. Conectar a seringa com água destilada no dispositivo de instilação; 32. Iniciar a aspiração; 33. Instilar 1ml de água destilada através do dispositivo; 34. Aguardar o ventilador mecânico ciclar; 35. Retirar o Trach-care até a marca indicada; 36. Lavar o Trach-care; 37. Retirar a seringa da via de instilação; 38. Travar a válvula de aspiração; 39. Retirar as luvas; 40. Lavar as mãos; 41. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 42. Manter a sala em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto são, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias aéreas – secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar ou padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela dos ventiladores que possuem monitorização dos parâmetros por gráficos ✓ Em pacientes com parâmetros do ventilador pulmonar mecânico elevados ou edema cerebral, a aspiração deve ser feita somente após a avaliação do Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Médico; ✓ Ao abrir o vácuo, controlar a pressão exercida; ✓ Introduzir o Trach-care até a marca indicada, de acordo com seu número; ✓ A instilação de água destilada umidifica a secreção, facilitando a aspiração de rolhas; ✓ Anotar no prontuário: aspecto, cor e quantidade da secreção aspirada; ✓ Fluidificar as secreções espessas ou tampão com 0,2 a 1ml conforme tamanho do tubo, porém não recomendar a

	instilação de soro fisiológico rotineira, pois este procedimento pode provocar hipóxia e infecções . ✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento. ✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento ✓ (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário. ✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração pelo Enfermeiro/Fisioterapeuta.
--	--

km

POP 062 - ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMIA	
AGENTES	Fisioterapeutas e Enfermeiros (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), Técnicos de Enfermagem (pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência a definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro)
CONCEITO	Método de higienização mecânica da traqueia com o objetivo de garantir ventilação e oxigenação adequada; prevenir complicações respiratórias por acúmulo de secreções; remover as secreções da traqueia.
RECURSOS	7. Gaze III; 8. Tubo de látex com cerca de 1,5 metros; 9. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor de secreções e extensão; 10. Sonda de aspiração ou sistema de aspiração fechado (Trach-care); 11. Luvas de procedimento; 12. Máscara, avental e óculos.
MÉTODO	16. Lavar as mãos; 17. Preparar o material, levá-lo para a unidade e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente; 18. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se consciente; 19. Colocar máscara, avental e óculos; 20. Calçar as luvas; 21. Adaptar à rede de vácuo o frasco do aspirador; 22. Conectar o látex estéril ao aspirador; 23. Abrir o vácuo; 24. Posicionar o paciente em decúbito elevado 30° a 45°; 25. Introduzir a sonda até 20 cm; 26. Aspirar o paciente com movimentos circulares não ultrapassando 10 segundos e descansar por 3 minutos entre uma e outra aspiração, para evitar hipóxia e arritmias; 27. Anotar no prontuário: aspecto, cor e quantidade da secreção aspirada. 28. Organizar o ambiente; 29. Repor o material utilizado;

	30. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Ao abrir o vácuo, controlar a pressão exercida; ✓ Introduzir o Trach-care OU sonda de aspiração até a marca indicada, de acordo com seu número; ✓ A instilação de AD umidifica a secreção, facilitando a aspiração de rolhas. ✓ Observar: contraindicações, sinais de déficit respiratório (dispneia, agitação, cianose labial e rubor facial).

POP 063 - MONTAGEM DE CAIXAS COM KITS PARA PROCEDIMENTOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A montagem de caixas contendo kits de procedimentos tem o objetivo de padronizar o atendimento ao paciente, otimizando e sistematizando o atendimento, proporcionando maior conforto, rapidez e segurança para paciente e equipe.
RECURSOS	• Kit de Entubação; • Kit de Intracath, Kit de Duplo Lúmen; • Kit de Drenagem Torácica; • Kit de Sondagem Vesical de Demora; • Kit de Sondagem Nasogástrica/ Nasoenteral;
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 5. Elaborar escala de revezamento para conferência e reposição dos kits de procedimentos e afixá-la em local visível, em tempo hábil; 6. Supervisionar cumprimento da escala de conferência dos kits; 7. Anotar no livro de ocorrências e passar no plantão as intercorrências relacionadas. 8. Checar no check-list anexado em planilha de checagem do carrinho de emergência. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 4. Cumprir escala de conferência dos kits feita pelo Enfermeiro; 5. Conferir rotineiramente os kits, repor as faltas e comunicar eventuais problemas. 6. Repor o kit logo após o uso.
OBSERVAÇÕES	➤ 2 KITS PARA ENTUBAÇÃO: • Adulto - 1 cânulas orotraqueal nº 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5; • Infantil- 1 cânulas orotraqueal nº 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0; • Neonatal - 1 cânulas orotraqueal nº 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0; • Cânulas de Guedel nº 1, 2 e 3; • Ambu adulto com máscara e bag; • Cadarço; • Fio guia; • Seringa de 20 ml; • Sonda de aspiração nº 12, 14 e 16;

- Lâmina de bisturi nº 23;
- Laringoscópio completo;
- 04 pilhas médias.

➤ **2 KIT PARA INTRACATH:**

- **Adulto, Infantil e Neonatal**

Cada KIT é composto de:

- Intracath adulto;
- Intracath infantil;
- Lâminas de bisturi nº 23;
- Fios de nylon 3.0;
- Seringa 20cc;
- Agulha 40x12, 13x4,5, 30x8;
- Xylocaína 2% S/Vaso;
- Pacote de gaze III;
- Campo fenestrado;
- Equipo macrogotas;
- Dânuilas;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Kit de sutura, estéril;
- Soro fisiológico 0,9% 500 ml;
- Esparadrapo/ micropore.
- Avental estéril;
- Óculos proteção individual
- Touca

➤ **KIT PARA DRENAGEM DE TÓRAX:**

Cada KIT é composto de:

- Kit dreno de tórax adulto com frasco;
- Lâminas de bisturi nº 23;
- Fios de nylon 3.0;
- Fios de nylon 2.0;
- Água Destilada estéril 250 ml (selo d'água);
- Pacote de gaze III;
- Esparadrapo;

- Caixa de pequena cirurgia;
- Campo fenestrado;
- Xylocaína 2% S/V;
- Seringa 20cc, 10cc;
- Agulha 40x12, 13x4,5, 30x8;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Avental impermeável;
- Capote estéril;
- Óculos proteção individual
- Touca
- Luva de Procedimento.

➤ **KIT PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA (SVD):**

Cada KIT é composto de:

- Sonda vesical foley nº 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22;
- Coletor sistema fechado de urina;
- Seringa 20cc, 10cc;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Água destilada;
- Pacote de gaze III;
- Xilocaína gel;
- Agulha 40x12;
- Cuba rim;
- Mascara cirúrgica;
- Avental impermeável;
- Campo estéril.

➤ **KIT PARA SONDAGEM NASOGÁSTRICA/ NASOENTERAL (SNG/SNE):**

Cada KIT é composto de:

- Sonda gástrica nº 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20;
- Sonda enteral 10, 12 (nº sonda padronizada no município);
- Seringa 20cc;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5;
- Água destilada;

km

	• Pacote de gaze III; • Xilocaína gel; • Bolsa coletora descartável; • Micropore, ou fixação de sonda padrão; • Avental impermeável; • Mascara cirúrgica. ✓ Os materiais devem ser de tamanho adequado ao perfil dos pacientes do setor. ✓ Todos os kits devem ser repostos após uso, com solicitação feita na farmácia em impresso próprio no nome do paciente, junto a prescrição médica, lacrar a bolsa e anotar número do lacre em caderno de checagem do carrinho de emergência.
--	--

POP 064 - PREPARO PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	
AGENTES	Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É utilizado nas unidades de tratamento intensivo em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração. A atuação de enfermagem tem o objetivo de auxiliar o Médico na passagem de um tubo através da boca ou nariz por dentro da traqueia até o pulmão. Tem a finalidade de: • Fornece uma via aérea quando o paciente está tendo dificuldade respiratória e não pode ser tratado por métodos mais simples; • Assistir a ventilação de pacientes que não podem manter uma via aérea adequada, por si mesmos; • Promover uma via aérea para aspiração de secreções da árvore pulmonar.
RECURSOS	8. Kit de Entubação Orotraqueal conforme POP 063; 9. Luvas de procedimento; 10. EPIs: Avental, gorro, máscara descartável e óculos de proteção; 11. Filtro; 12. Estetoscópio; 13. Sistema fechado de aspiração orotraqueal ou sonda de aspiração de vários calibres; 14. Respirador artificial.
MÉTODO	16. Higienizar as mãos; 17. Reunir o material e levar à cabeceira do paciente; 18. Auxiliar o Médico durante o procedimento; 19. Testar a insuflação do cuff (10cc de ar), utilizando seringa de 20ml; 20. Oferecer cânula de calibre adequado após teste de cuff; 21. Oferecer laringoscopia já testada e com a lâmina; 22. Oferecer estetoscópio; 23. Insuflar o cuff com 10cc de ar; 24. Conectar a cânula ao ambu e proceder a oxigenação manual; 25. Fixar a cânula com cadarço ou tensoplast; 26. Conectar a cânula ao respirador; 27. Retirar as luvas; 28. Organizar o ambiente;

	29. Higienizar as mãos; 30. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Após o procedimento, organizar a bandeja, repondo todo o material que foi utilizado. ✓ Lacrar e anotar lacre no livro do carrinho de emergência; ✓ Organizar o ambiente.

POP 065 - TROCA DE CIRCUITOS DOS RESPIRADORES	
AGENTES	Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É a realização de troca dos circuitos do respirador em uso com o objetivo de manter o circuito limpo, a fim de evitar infecções.
RECURSOS	4. Ambu; 5. Luvas estéreis; 6. Circuito esterilizado.
MÉTODO	8. Verificar na folha de procedimentos invasivos a data da troca do circuito do respirador; 9. Lavar as mãos; 10. Calçar as luvas; 11. Retirar o circuito usado; 12. Observar a necessidade de ventilação manual com ambu, entre a troca do circuito; 13. Colocar o circuito estéril; 14. Encaminhar o circuito usado para desinfecção.
OBSERVAÇÕES	✓ A troca deve ser feita conforme padronização: • Ausência de filtro higroscópio: a cada 07 dias. • Com filtro higroscópio: quando apresentar sujidade e mau funcionamento.

Am

POP 067 - LIMPEZA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir a formação de rolhas ou tampão e promover alívio respiratório.
RECURSOS	13. Bandeja; 14. Luvas estéreis; 15. Luvas de procedimento; 16. Gazes estéreis; 17. Cuba rim; 18. Caderço para fixação da cânula; 19. Espátula ou escovinha individual para higiene da traqueostomia; 20. Água destilada; 21. Solução antisséptica degermante; 22. Solução fisiológica 0,9%; 23. Biombo; 24. EPIs (óculos de proteção, gorro, capote e máscara descartável).
MÉTODO	29. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 30. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante; 31. Verificar a prescrição do paciente; 32. Higienizar as mãos; 33. Separar, preparar e levar o material para a unidade do paciente; 34. Disponibilizar todo o material, preparando na cuba rim e água destilada com solução antisséptica; 35. Colocar os EPIs: óculos, gorro, capote e máscara descartável e capote, se necessário; 36. Calçar as luvas de procedimento; 37. Colocar o paciente em posição segura e confortável, de preferência em posição Fowler; 38. Soltar o caderço cuidadosamente para que não desloque a cânula, sem retirar da cânula; 39. Retirar o curativo sujo e desprezá-lo no saco de lixo adequado; 40. Remover as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado; 41. Higienizar as mãos;

	42. Calçar as luvas estéreis; 43. Segurar com uma das mãos (dominante) a cânula interna e girar ao encontro da trava de liberação; 44. Retirar a cânula interna colocando na cuba rim, imersa por alguns minutos em água destilada com solução antisséptica degermante; 45. Proceder a limpeza do lúmen, introduzindo a gaze estéril embebida com soro fisiológico a 0,9% com o auxílio de uma escovinha; caso não disponha desse material, usar gazes úmidas com água destilada e espátula na cânula interna; 46. Repetir até que a gaze saia limpa; 47. Fazer a limpeza da parte externa; 48. Enxaguar com soro fisiológico e secar a cânula interna com gaze estéril; 49. Reintroduzir a cânula interna (girando a trava no sentido horário) certificando-se que o sistema está travado; 50. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço; 51. Manter a região Peri-estoma seca, colocando gazes dobradas ao meio, para proteção entre a cânula e a pele do paciente; 52. Deixar o paciente seguro, confortável e o local em ordem; 53. Desprezar o material usado no expurgo; 54. Retirar as luvas e higienizar as mãos; 55. Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e consistência da secreção, se houver. 56. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ O procedimento executado deve ser repetido quantas vezes forem necessárias, até que seja observada a remoção das crostas e exsudato. ✓ A água destilada não poderá ser substituída por água da torneira, apenas por solução fisiológica estéril; ✓ Não é recomendado cortar as gazes devido ao risco de penetração de “fios” na cânula de estoma, além da necessidade de utilizar tesoura estéril para evitar contaminação das gazes a serem utilizadas.

	✓ Deve-se tomar cuidado para não apertar o cadoço no pescoço do paciente, a fim de evitar lesões de pele e possíveis desconfortos; ✓ Há necessidade de fixar o cadoço para que não ocorra saída de cânula ou deslocamento durante episódio de tosse. ✓ Se desconforto respiratório, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

POP 068 - RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A reanimação cardiopulmonar, ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ou reanimação cardiorrespiratória (RCR) é um conjunto de manobras destinadas a garantir a oxigenação dos órgãos quando a circulação do sangue de uma pessoa para parada cardiorrespiratória (PCR). Nesta situação, se o sangue não é bombeado para os órgãos vitais, como o cérebro e o coração, esses órgãos acabam por entrar em necrose, pondo em risco a vida da pessoa.
RECURSOS	Carrinho de Emergência equipado e conferido.
MÉTODO	➤ Respiração: 1. Afrouxe as roupas da vítima, principalmente em volta do pescoço, peito e cintura; 2. Verifique se há qualquer coisa ou objeto obstruindo a boca ou garganta da vítima; 3. Inicie a respiração de socorro tão logo tenha a vítima sido colocada na posição correta. Cada segundo é precioso. ➤ Massagem cardíaca: 1. Coloque a vítima deitada de costas sobre superfície dura; 2. Coloque suas mãos sobrepostas na metade inferior do esterno com os braços estendidos, sem flexionar os cotovelos; 3. Faça a seguir uma pressão, com a região hipotênar da mão, com bastante vigor, para que se abaixe o esterno, comprimindo o coração de encontro à coluna vertebral; • Frequência: 100 a 120 compressões/ minuto; • Profundidade: mínima de 2 polegadas (5 cm) e máximo 2,4 polegadas (6 cm). 4. Permitir o retorno total do tórax após cada compressão.
OBSERVAÇÕES	✓ Não se apoiar sobre o tórax entre as compressões. Minimizar as interrupções nas compressões. Não interromper as compressões por mais de 10 segundos. ✓ De 4 a 6 minutos já pode ocorrer dano cerebral. Após 6 minutos o dano cerebral é praticamente certo.

	✓ De acordo com a orientação da American Heart Association (AHA), a equipe de atendimento deve dispor de 5 elementos assim distribuídos: • 1 (um) na ventilação; • 1 (um) na compressão torácica; • 1 (um) anotador de medicamentos e de tempo; • 1 (um) na manipulação dos medicamentos; • 1 (um) no comando, próximo ao monitor/ECG. ✓ Dentro da realidade da nossa Instituição, procuramos padronizar as funções dessas pessoas com atribuições mais específicas, tornando o atendimento mais eficiente e rápido. ➤ Medicamentos mais utilizados na PCR • <u>Epinefrina</u> – vasopressor para ressuscitação, pode ser utilizada logo após o início da PCR devido a um ritmo não chocável; • <u>Lidocaína e Amiodarona</u> – ambas são indicadas para evitar recorrência da fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso; • <u>Difosfato de Adenosina</u> – A adenosina é recomendada como segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada. • <u>Beta bloqueadores</u> – indicada para tratamento pós-PCR por FV ou TVSP, pois está relacionado com maior probabilidade de sobrevivência. No entanto, devem ser avaliados caso a caso, pois podem ocasionar uma grave instabilidade hemodinâmica, exacerbar a bradiarritmia e insuficiência cardíaca. Alguns pacientes que já eram cardiopatas e faziam uso de Beta-bloqueadores antes, podem ser indicados manter a prescrição para melhor prognóstico.
--	--

POP 069 - PREPARO PARA PASSAGEM DE INTRACATH	
AGENTE	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na passagem de cateter através de agulha, para acesso venoso central em jugular interna, subclávia e femural. Executado por Médico. <u>Indicado nos seguintes casos:</u> • Impossibilidade de punção de veias periféricas; • Monitorização hemodinâmica; • Administração de soluções hipertônicas ou altamente irritantes, inclusive para nutrição parenteral; • Suporte para infusão rápida de fluidos; • Hemodiálise; • Monitorização de PVC.
RECURSOS	4. Kit de Intracath conforme POP 063; 5. PVPI tópico solução; 6. Máscara descartável, avental e óculos de proteção.
MÉTODO	8. Orientar o paciente sobre o procedimento; 9. Reunir todo material; 10. Lavar as mãos; 11. Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça inclinada a 150° abaixo do tronco, voltada para o lado oposto à punção e os MMSS ao longo do corpo, se possível; 12. Auxiliar o Médico, fornecendo materiais solicitados; 13. Fazer curativo oclusivo no local, ao final do procedimento; 14. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Repor todo o material utilizado na bandeja; ✓ Lacrar e anotar número do lacre livro do carrinho de emergência.

POP 071 - PREPARO PARA DRENAGEM TORÁCICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É um procedimento cirúrgico realizado pelo Médico. Consiste na drenagem de líquido do espaço pleural, através de um dreno. Tem a finalidade de remover sólidos, líquidos ou gases do espaço pleural ou cavidade torácica e do espaço mediastino, além de promover a reexpansão pulmonar e restaurar sua função normal.
RECURSOS	4. Kit de drenagem de tórax conforme POP 063; 5. PVPI solução degermante/ tópica; 6. EPIs: luvas de procedimento e estéreis, máscara, avental e óculos.
MÉTODO	11. Lavar as mãos; 12. Reunir todo o material; 13. Orientar o paciente sobre o procedimento; 14. Fornecer material ao Médico, conforme solicitado; 15. Após a colocação do dreno, conectá-lo à extensão do Bio-kit, onde o mariote deverá estar submerso em água destilada (aproximadamente 2,5cm abaixo do nível da água). O tubo curto deve ficar aberto para a atmosfera; 16. Marcar o nível da água com esparadrapo do lado de fora do frasco, anotar data, hora e assinatura; 17. Observar posicionamento da extensão, para não fazer alças ou interferir nos movimentos do paciente; 18. Observar a flutuação do nível da água; 19. Colocar o frasco do dreno abaixo do nível do tórax, fazer uso de pinças hemostáticas, no caso de transporte do paciente; 20. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Repor todo material utilizado na bandeja de drenagem de tórax. ✓ Organizar o ambiente. ✓ Lacrar e anotar número do lacre em livro do carrinho de emergência.

POP 072 - CUIDADOS COM DRENO DE TÓRAX	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Drenos são tubos colocados no interior de uma cavidade, visando permitir a saída de ar, fluidos (sangue, soro, linfa), evitando e prevenindo complicações relacionadas às diversas cirurgias.
RECURSOS	8. Bandeja; 9. Fita adesiva hipoalergênica; 10. Luvas estéreis ou instrumental estéril; 11. Pacotes de gaze estéril; 12. Soro Fisiológico 0,9%; 13. Fita adesiva para identificação do frasco; 14. Luvas de procedimento.
MÉTODO	7. Realizar a higienização das mãos; 8. Acomodar o paciente no leito; 9. Retirar curativo externo; 10. Observar e anotar o aspecto e quantidade de exsudato drenado ao redor da inserção do dreno e comunicar ao Enfermeiro; 11. Trocar diariamente o curativo e sempre que necessário, seguindo prescrição médica/Enfermeiro; 12. Realizar anotação de Enfermagem. ➤ Técnica de troca de selo D'água 20. Realizar a higienização das mãos; 21. Reunir o material em uma bandeja; 22. Orientar o paciente sobre o procedimento; 23. Calçar luvas de procedimento; 24. Clampear o dreno próximo ao tórax; 25. Medir a quantidade de líquido no frasco; 26. Despejar o líquido do frasco em local apropriado; 27. Lavar o frasco com solução fisiológica a 0,9%; 28. Colocar a solução fisiológica a 0,9% no frasco até assegurar a imersão de aproximadamente 2cm da ponta do tubo de drenagem; 29. Fechar o frasco, observando se está bem vedado; 30. Marcar o nível original de líquido com uma fita adesiva hipoalérgica aderida verticalmente ao lado externo do frasco de drenagem;

	31. Anotar a data, volume, responsável e hora da troca; 32. Desclamppear o dreno, mantendo o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente; 33. Observar se há oscilação e drenagem e, se necessário, fazer ordenha na extensão; 34. Posicionar o frasco, evitando formação de alças ou cotovelos e deixar sob a cama, abaixo do nível do tórax e protegido de quedas acidentais; 35. Retirar as luvas de procedimento; 36. Higienizar as mãos; 37. Recolher o material do leito; 38. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Identificar o curativo com data, hora e nome do profissional que realizou; ✓ Deverá ser feito o curativo do dreno com técnica de curativo cirúrgico; ✓ Manter a permeabilidade, visando garantir uma drenagem eficiente; ✓ Registrar corretamente os dados relacionados à drenagem em prontuário; ✓ Observar fixação do dreno, verificando se não há algum orifício exteriorizado; ✓ A cada 6 horas monitorar curativo do dreno pleural, características dos sons respiratórios, sinais de enfisema subcutâneo, característica e quantidade do líquido drenado. ✓ Durante a troca da drenagem pleural (selo d'água), a extensão deverá permanecer clampeada; ✓ Realizar e manter a técnica asséptica durante o procedimento para não contaminar o sistema de drenagem; ✓ Evitar o clampeamento prolongado do dreno pleural risco de provocar pneumotórax hipertensivo ou enfisema subcutâneo; ✓ Se dreno oscilante, verificar se há obstrução do sistema de drenagem; ✓ Realizar a troca de curativo sempre que necessário e comunicar ao Enfermeiro se alteração.

POP 073 - CONTROLE DE DRENAGENS (SONDAS E DRENOS)	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de controlar secreções drenadas observando características e seu volume. Existem muitos tipos de drenos como o de Penrose, de Kher utilizados em cirurgias da via biliar, drenos fechados de pressão negativa que é uma bolsa sanfonada que cria um vácuo e aspira continuamente a secreção, drenos de tórax utilizados na cavidade torácica, para retirar pus, ar, sangue, etc. Os drenos devem ser cuidadosamente manipulados para que não seja alterado o fluxo das secreções e também para que não desloque ou retire o dreno acidentalmente causando desconforto e dor ao paciente. As sondas utilizadas no paciente podem ser vesical, nasogástrica, orogástrica, retal, gastrostomia, etc.
RECURSOS	✓ Bandeja contendo: 4. Luvas de procedimento; 5. Óculos de proteção; 6. Saco coletor graduado.
MÉTODO	9. Higienizar as mãos; 10. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente. 11. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 12. Calçar as luvas; 13. Desprezar o material drenado no saco coletor graduado; 14. Desprezar as luvas; 15. Lavar as mãos; 16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

**OSERVA
ÇÕES**

➤ **Anotações do prontuário relativas a drenos:**

- ✓ Anotar a localização e tipo de dreno (Kher, Penrose, tórax, etc.);
- ✓ Anotar o débito (volume, cor, aspecto, etc.);
- ✓ Fazer a troca de coletor, especificando o horário;
- ✓ Observar o aspecto de inserção (hiperemia, lesão, ressecamento, presença de exsudato, condições gerais de pele);
- ✓ Anotar o tipo de curativo da inserção (se houver): oclusivo, aberto, limpo, seco e compressivo;
- ✓ Anotar o tipo de fixação do dreno;
- ✓ Observar e anotar as queixas referidas pelo paciente com relação ao dreno (dor, prurido, etc.).

➤ **Anotações do prontuário relativas a sondas:**

- ✓ É importante inicialmente, observar a localização e tipo de sonda (nasogástrica, nasoenteral, vesical, retal) e assim:
- ✓ Anotar o débito (volume, cor, aspecto, etc.) A secreção gástrica é clara e viscosa. O aspecto marrom ou esverdeado sugere estase gástrica e refluxo de bile;
- ✓ Fazer a troca de coletor, especificando o horário, sempre que necessário;
- ✓ Observar o aspecto de inserção se há presença de hiperemia, lesão, ressecamento, quais as condições gerais de pele;
- ✓ Fazer curativo com técnica asséptica;
Observar e anotar as queixas referidas pelo paciente com relação à sonda (dor, prurido, etc.).

POP 074 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	Consiste na introdução de uma sonda gástrica através da narina ou boca até o estômago, com a finalidade de drenagem do conteúdo gástrico, lavagem gástrica, administração de medicamentos e alimentação. Está indicada para pré ou pós-operatório, impossibilidade de deglutição por motivos físicos ou psiquiátricos, distensão abdominal.
RECURSOS	6. Kit de Sondagem Nasogástrica conforme POP 063; 7. Esparadrapo ou micropore; 8. Luvas de procedimento; 9. Estetoscópio; 10. Toalha de papel descartável.
MÉTODO	19. Orientar o paciente sobre o procedimento; 20. Colocar o paciente (se consciente), em posição de Fowler; 21. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente e finalidade da sonda; 22. Remover dentaduras, se necessário; 23. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis; 24. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifoide, marcando-a neste local com esparadrapo; 25. Lubrificar a narina do paciente com lidocaína gel; 26. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína gel; 27. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário auxiliá-lo (em caso de paciente consciente); 28. Introduzir a sonda pela narina do paciente, fazendo movimentos para cima e para trás; 29. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente (se consciente) que faça movimento de deglutição; 30. Introduzir a sonda até o ponto demarcado; 31. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20ml no adulto e 5 a 10ml na criança) realizando ausculta com estetoscópio na região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído de ar

	no estômago; também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico; 32. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente; 33. Retirar as luvas; 34. Lavar as mãos; 35. Manter a sala em ordem; 36. Realizar evolução de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Caso a sonda Nasogástrica seja aberta, adicione extensão e saco coletor. ✓ Sempre confirmar o posicionamento da sonda nasogástrica ou nasoenteral antes da introdução de medicações ou alimentos, aspirando o conteúdo gástrico; se exceder 50ml, deixar a sonda aberta e informar ao Enfermeiro. ✓ Em caso de obstrução da sonda, injetar água filtrada, com pressão moderada, em seringa de 5ml ou 10ml. ✓ Infundir 20ml de água filtrada após a introdução de alimentação ou medicação para que não fiquem resíduos aderidos à sua parede.

POP 075 - SONDAGEM NASOENTERAL	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	As sondas enterais são feitas de silicone, borracha ou poliuretano, possuem fino calibre e grande flexibilidade. <u>Vantagens:</u> reduz a irritação orofaríngea, a necrose pela pressão na parede do esôfago e traqueia, reduz o risco de lesão da cárdia e irritação esofágica distal e o desconforto ao engolir. Para facilitar a passagem, algumas são carregadas de tungstênio e algumas necessitam de um fio metálico (guia ou mandril) para evitar que enrolem na região posterior da garganta. Possuem marcas radiopacas e peso na parte distal. Tem o objetivo de obter via de acesso para administração da nutrição com a sonda em posição pós-pilórica.
RECURSOS	7. Kit para Sondagem Nasoenteral conforme POP 063; 8. Luvas de procedimento; 9. Papel toalha; 10. Estetoscópio; 11. Biombo, se necessário; 12. Máscara descartável e óculos de proteção.
MÉTODO	36. Higienizar as mãos; 37. Reunir todo material em bandeja e levar ao quarto; 38. Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado (confirmar se a localização necessária é pós-pilórica); 39. Explicar o procedimento ao paciente, ou a família e/ou ao cuidador; 40. Promover a privacidade do paciente, colocando biombo; 41. Colocar o paciente em posição sentado, elevar a cabeceira da cama; 42. Higienizar as mãos; 43. Calçar as luvas de procedimento, colocar a máscara descartável e óculos de proteção; 44. Solicitar ao paciente que faça (ou faça por ele) a higiene das narinas com gazes; 45. Perguntar ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenoide); 46. Examinar as narinas para detectar possíveis anormalidades; 47. Perguntar ao paciente sobre preferência (narina D ou E);

48. Proteger o tórax com papel toalha;
49. Medir a extensão da sonda que será da seguinte forma: da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, deste ponto ao apêndice xifoide. Marcar esta medida na sonda com adesivo;
50. Injetar água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for pré-lubrificada);
51. Reintroduzir o fio guia na sonda;
52. Aplicar gel lubrificante na narina do paciente (cerca de 3ml);
53. Aplicar o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze;
54. Solicitar ou auxiliar o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote;
55. Solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote;
56. Retornar a cabeça para a posição ereta;
57. Continuar introduzindo a sonda com suavidade até a marca;
58. Conectar uma seringa de 20 ml, aspirar o conteúdo gástrico injetar de 10 a 20ml de ar pela sonda e auscultar simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da sonda (gástrica);
59. Abaixar a cabeceira da cama e posicionar o paciente em decúbito lateral direito (se possível);
60. Retirar o adesivo da sonda (marca) e introduzir mais 10 a 15cm, considerando o porte físico do paciente;
61. Retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;
62. Injetar 20ml de ar e observar o retorno menor que 10ml e com dificuldade;
63. Fazer a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz;
64. Retirar as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção;
65. Deixar o paciente confortável;
66. Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
67. Descartar os resíduos e proceder a desinfecção da bandeja;
68. Higienizar as mãos;

	69. Encaminhar o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguardar para que seja realizado no leito. Certificar-se que o RX seja avaliado pelo Médico, confirmando a localização da sonda e liberado para uso; 70. Aguardar 2 horas e solicitar novo RX para confirmar posição enteral.
OBSERVAÇÕES	✓ Pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão. ➤ Localização da sonda (testes): ✓ Teste 1: Pedir ao paciente para falar HUMM; ✓ Teste 2: Examinar a parede posterior da faringe, com lanterna; ✓ Teste 3: Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se reflui conteúdo. Se não for obtido o conteúdo gástrico, colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) e aspirar normalmente; ✓ Teste 4 : Conectar a seringa à extremidade da SNG. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e, imediatamente abaixo do rebordo costal. Injetar 15 a 20 cm³ de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente. ✓ Teste 5: utilizando de fitas reagentes medir o Ph do conteúdo gástrico. ✓ Ponto de decisão crítica: A ausculta já não é mais considerada um método confiável para verificar a colocação da sonda, pois uma sonda colocada inadvertidamente nos pulmões, na faringe ou no esôfago pode transmitir um som semelhante ao da entrada de ar no estômago (POTTER, 2005) ➤ Fixação da sonda • Quando a sonda estiver colocada corretamente, fechar sua extremidade ou conectá-la à borracha de látex e bolsa coletora, se para finalidade de drenagem; • Desengordurar a pele água e sabão no local da fixação. (benzina: avaliar risco-benefício); • Fixar a sonda: com um pedaço de fita hipoalergênica de ± 08 cm de comprimento, dividir esta tira ao meio longitudinalmente até aproximadamente 4cm. Prender a outra extremidade no dorso do

	nariz e enrolar os cm das tiras em torno da sonda, no ponto onde ela emergir da narina. É a fixação ideal. • Com auxílio de um canudo de material transparente ou tira de esparadrapo, fazer a marca feita anteriormente na sonda para medir a distância de introdução da mesma, e fixar também sobre a região frontal. • Na criança, fixar no nariz ou na face do mesmo lado da narina onde foi introduzida a sonda, sempre com esparadrapo hipoalergênico.
--	---

POP 076 - TROCA DA FIXAÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL	
AGENTE	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Consiste na troca da fixação da sonda com o objetivo de manter o posicionamento correto da sonda.
RECURSOS	6. Bolas de algodão; 7. Álcool a 70%; 8. Tesoura; 9. Micropore/ esparadrapo/ tensoplast; 10. Luvas de procedimento.
MÉTODO	15. Lavar as mãos; 16. Reunir o material e levar à unidade do paciente; 17. Orientar o paciente sobre o procedimento; 18. Calçar as luvas; 19. Retirar a oleosidade da pele do paciente, com algodão e álcool; 20. Cortar uma tira de bandagem elástica porosa ou esparadrapo com aproximadamente 1cm de largura e 5cm de comprimento; 21. Passar a tira dando uma volta ao redor da sonda, prendendo-a no nariz; 22. Confirmar a sondagem gástrica e desengordurar a pele da testa e do nariz com gaze III; 23. Fixar a sonda com micropore; 24. Conectar uma extensão e saco coletor na extremidade da sonda ou Manter a sonda fechada, conforme prescrição médica; 25. Retirar e desprezar as luvas de procedimento; 26. Deixar a unidade do paciente em ordem; 27. Lavar as mãos; 28. Fazer anotação do procedimento no prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Realizar a troca da fixação sempre que apresentar sujidade ou a cada 72 horas.

POP 077 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
AGENTES	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	Consiste na inserção de catéter estéril através da uretra até a bexiga, para drenar a urina.

RECURSOS	13. Luvas de procedimento; 14. Luvas estéreis; 15. Sonda uretral estéril descartável (nº 8 a 12); 16. Almotolia com solução asséptica estéril; 17. Compressas de gaze estéril; 18. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, Pinça cheron); 19. Campo fenestrado; 20. Lençol; 21. Material para higiene íntima; 22. Lidocaína gel estéril; 23. Seringa de 20ml; 24. Biombo.
MÉTODO	<u>Paciente do sexo feminino</u> 27. Explicar o procedimento e sua finalidade à paciente; 28. Reunir o material; 29. Colocar biombos em volta da cama; 30. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 31. Colocar a paciente em posição ginecológica; 32. Realizar a higiene íntima; 33. Lavar as mãos; 34. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica; 35. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula; 36. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de alívio e gazes; 37. Desinfetar o lacre do tubo de Xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze; 38. Calçar as luvas estéreis; 39. Lubrificar a sonda com Xilocaína; 40. Pegar com auxílio da pinça gaze embebida em solução asséptica; 41. Limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento; 42. Limpar com um movimento único e firme os grandes lábios do lado

- mais distante para o lado mais próximo, de cima para baixo, desprezando a gaze para cada movimento;
43. Colocar o campo fenestrado sobre o períneo;
 44. Afastar os grandes lábios para expor meato uretral e, com a mão não dominante, limpar os pequenos lábios da mesma forma. A mão não dominante será agora considerada contaminada;
 45. Limpar o meato com movimento uniforme, obedecendo a direção meato uretral-ânus, sem tirar a mão não dominante do local. Se os lábios forem soltos acidentalmente, repetir o processo de limpeza;
 46. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;
 47. Depois de esvaziar a bexiga, pressionar o catéter entre o polegar e o dedo indicador para evitar que a urina permaneça na uretra. Remover delicadamente o catéter;
 48. Posicionar a paciente confortavelmente;
 49. Recolher o material do cateterismo;
 50. Deixar a sala em ordem;
 51. Lavar as mãos;
 52. Registrar o procedimento. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina.

Paciente do sexo masculino

22. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
23. Reunir o material;
24. Colocar biombos em volta da cama;
25. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
26. Realizar a higiene íntima;
27. Lavar as mãos;
28. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;
29. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
30. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de alívio e gazes;
31. Desinfetar lacre do tubo de xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo

	com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze; 32. Calçar as luvas estéreis; 33. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito; 34. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril, após, retraindo o prepúcio, expondo a glândula com movimento circular sobre o meato, de dentro para fora; 35. Introduzir a sonda lubrificada dentro da uretra até que a urina flua; 36. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial; 37. Remover a sonda suavemente quando a urina parar de fluir; 38. Posicionar o paciente confortavelmente; 39. Recolher o material; 40. Lavar as mãos; 41. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 42. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ Dar preferência para uso de sonda de polivinil descartável nº 6 a 12. ✓ Solução antisséptica Clorexidina aquosa 0,2% ou PVPI aquoso.

POP 078 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
AGENTE S	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	É a introdução de uma sonda ou cateter por via uretral na bexiga com a finalidade de colher material para exames; aliviar a distensão vesical pela retenção urinária; esvaziar a bexiga no pré-operatório; controlar o volume urinário.
RECURSOS	7. Kit de Sondagem Vesical de Demora conforme POP 063; 8. Luvas de procedimento; 9. PVPI tópico; 10. Material para higiene íntima; 11. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, Pinça cheron); 12. Lençol.
MÉTODO	<u>Paciente do sexo feminino</u> 27. Explicar o procedimento e sua finalidade à paciente; 28. Reunir o material; 29. Colocar biombos em volta da cama; 30. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 31. Realizar a higiene íntima; 32. Lavar as mãos; 33. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica; 34. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula; 35. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de Folley, gazes e seringa; 36. Desinfetar o lacre do tubo de xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze; 37. Calçar as luvas estéreis; 38. Lubrificar a sonda com xilocaína; 39. Pegar com auxílio da pinça, gaze embebida em solução asséptica; 40. Limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento; 41. Limpar com um movimento único e firme os grandes lábios do lado mais distante para o lado mais próximo, de cima para baixo,

- desprezando a gaze para cada movimento;
42. Colocar o campo fenestrado sobre o períneo;
43. Afastar os grandes lábios para expor meato uretral e, com a mão não dominante, limpar os pequenos lábios da mesma forma. A mão não dominante será agora considerada contaminada;
44. Limpar o meato com movimento uniforme, obedecendo a direção meato uretral-ânus, sem tirar a mão não dominante do local. Se os lábios forem soltos acidentalmente, repetir o processo de limpeza;
45. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;
46. Conectar à sonda o sistema coletor de urina fechado;
47. Inflar o balonete com água destilada, conforme o fabricante da sonda;
48. Posicionar a paciente confortavelmente;
49. Recolher o material utilizado, deixando o quarto em ordem;
50. Lavar as mãos;
51. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina.
52. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

Paciente do sexo masculino

22. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
23. Reunir o material;
24. Colocar biombos em volta da cama;
25. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
26. Realizar a higiene íntima;
27. Lavar as mãos;
28. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;
29. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
30. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de Folley, gazes e seringa;
31. Desinfetar o lacre do tubo de xilocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa

	cúpula estéril; 32. Pegar com auxílio da pinça, gaze embebida em solução asséptica; 33. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril, após, retraindo o prepúcio expondo a glândula com movimento circular sobre o meato, de dentro para fora; 34. Calçar as luvas estéreis; 35. Aspirar 5ml de xilocaína e injetar no meato urinário; 36. Introduzir delicadamente o cateter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária; 37. Inflar o balonete com água destilada, conforme fabricante da sonda; 38. Posicionar o paciente confortavelmente; 39. Recolher o material utilizado, deixando o quarto em ordem; 40. Lavar as mãos; 41. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina; 42. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Usar sonda de Foley nº 12 a 20 para adultos e nº 08 a 10 para crianças ou de 3 vias caso seja necessário irrigação, conforme prescrição médica.

POP 079 - CONTROLE DE DIURESE ESPONTÂNEA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de observar a função renal, compor o balanço hídrico, observar a ação das drogas, adequar às condutas terapêuticas, detectar precocemente sinais de complicações.
RECURSOS	5. Compadre ou comadre; 6. Saco coletor graduado descartável; 7. Luvas de procedimento; 8. Óculos de proteção.
MÉTODO	14. Higienizar as mãos; 15. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente;

	16. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 17. Oferecer compadre ou comadre; 18. Calçar as luvas; 19. Desprezar a diurese no saco coletor graduado; 20. Elevar o saco coletor para proceder a leitura; 21. Ler o volume pela escala graduada do saco e observar características da urina contra a luz; 22. Desprezar a urina no vaso sanitário; 23. Retirar as luvas; 24. Higienizar as mãos; 25. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem; 26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Anotar quantidade e aspecto da diurese e comunicar ao Médico e Enfermeiro as alterações observadas. ✓ Oligúria: débito urinário menor que 400ml/24h ou menor que 30m/h. ✓ Anúria: débito urinário menor que 100ml/24h. ✓ Normal: débito urinário de 800 - 1.800ml/24h. ✓ Poliúria: débito urinário maior 3.000ml/24h.

POP 080 - CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTE COM SONDA VESICAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É o controle do volume urinário num determinado período de tempo. Tem o objetivo de observar a função renal, compor o balanço hídrico, adequar às condutas terapêuticas, detectar precocemente sinais de complicações, auxiliar no diagnóstico/evolução/tratamento.
RECURSOS	4. Saco coletor graduado descartável; 5. Luvas de procedimento; 6. Biombo.
MÉTODO	14. Higienizar as mãos; 15. Explicar o procedimento ao paciente; 16. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo em enfermagem; 17. Calçar as luvas de procedimento; 18. Ler o volume pela escala graduada da bolsa coletora de sistema fechado; 19. Observar características da urina; 20. Abrir o clamp de esvaziamento da bolsa coletora de sistema fechado dentro do saco coletor graduado; 21. Após drenagem da urina, fechar o clamp para nova coleta; 22. Desprezar urina no vaso sanitário; 23. Desprezar saco coletor graduado e luvas de procedimento utilizadas em saco de lixo; 24. Higienizar as mãos; 25. Registrar no prontuário a data, hora, quantidade e características da urina desprezada; 26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Utilizar todos EPIs. ✓ Evitar exposição do paciente. ✓ Anotar quantidade e aspecto da diurese e comunicar ao Médico e Enfermeiro as alterações observadas. ✓ Oligúria: débito urinário menor que 400ml/24h ou menor que 30ml/h.

	✓ Anúria: débito urinário menor que 100ml/24h. ✓ Normal: débito urinário de 800 – 1.800ml/24h. ✓ Poliúria: débito urinário maior 3.000ml/24h.
--	--

POP 081 - LAVAGEM INTESTINAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de eliminar ou evitar a distensão abdominal e flatulência, facilitar a eliminação de fezes, remover sangue nos casos de melena e preparar o paciente para cirurgia, exames e tratamento do trato intestinal. A lavagem intestinal é um procedimento onde se efetua a limpeza do intestino grosso para retirada de resíduos fecais, os quais são fontes de processos intoxicativos do corpo. Pode ser feita através da sonda retal.
RECURSOS	10. Frasco de solução glicerizada a 5%; 11. Sonda retal; 12. xilocaína gel a 2%; 13. Gaze; 14. Equipo macrogotas; 15. Luvas de procedimento; 16. Biombo; 17. 02 Lençóis; 18. Comadre.
MÉTODO	26. Higienizar as mãos; 27. Verificar a solução e o volume prescrito; 28. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente; 29. Explicar o procedimento ao paciente; 30. Promover privacidade ao paciente com a utilização de biombo; 31. Proteger a cama com impermeável, forrando com lençol. 32. Se possível, colocar o paciente na posição Sims e cobri-lo com lençol, expondo apenas, o sulco interglúteo e a área retal; 33. Calçar as luvas de procedimento; 34. Colocar um pouco de xilocaína gel 2% em uma gaze e aplicar na ponta da sonda (cerca de 5 cm); 35. Conectar o frasco de solução ao equipo e à sonda retal;

	36. Encaixar frasco de glicerina no suporte de soro do leito; 37. Com a mão não dominante afastar a prega intraglútea; 38. Com a mão dominante introduzir cuidadosamente a sonda no reto; 39. Com a mão não dominante fechar a prega intraglútea; 40. Abrir a pinça do equipo observando o gotejamento da solução; 41. Infundir lentamente a solução; 42. Após a infusão de todo o líquido, retirar a sonda cuidadosamente; 43. Desprezar frasco da solução, equipo, gaze e luvas de procedimento em saco de lixo adequado; 44. Solicitar ao paciente que retenha a solução por 10-15 minutos se possível; 45. Colocar a comadre ou acompanhar o paciente até o banheiro, orientando-o para não dar descarga; 46. Observar o aspecto e a quantidade da eliminação, após anotar e comunicar ao Enfermeiro; 47. Deixar o paciente confortável, protegido por um lençol; 48. Recolher todo o material utilizado; 49. Manter unidade do paciente em ordem; 50. Realizar as anotações de enfermagem, registrando quantidade e aspecto da eliminação.
OBSERVAÇÕES	✓ Infundir solução glicerina lentamente. ✓ Introduzir e retirar sonda retal lentamente. ✓ Posicionar paciente de maneira a não expulsar sonda retal. ✓ Lubrificar bem a sonda retal para evitar lesão anal. ✓ Em caso de o paciente referir dor, parar infusão e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Comunicar resultado do procedimento ao Enfermeiro e relatar na evolução de enfermagem em impresso próprio.

POP 082 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A ostomia é um procedimento abdominal, realizada através de uma intervenção cirúrgica para a saída de fezes. Colostomias: procedimento cirúrgico que consiste em seccionar uma extremidade do intestino grosso e expô-lo através de uma abertura na parede abdominal anterior, pela qual será eliminado o material fecal. Ileostomia: é um tipo de estoma intestinal que comunica o intestino delgado (íleo) com o exterior. Elimina geralmente fezes líquidas e funciona várias vezes ao dia. Normalmente localiza-se no quadrante inferior direito do abdome.
RECURSOS	11. Luvas de procedimento; 12. Luvas estéreis; 13. Bolsa de colostomia indicada ao paciente; 14. Placa de colostomia; 15. Soro Fisiológico 0,9%; 16. Gazes; 17. Compressas de gaze; 18. Tesoura; 19. Biombo; 20. Pacote de curativo.
MÉTODO	20. Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade; 21. Posicionar o paciente confortavelmente, expondo apenas a região Em que será aplicada a bolsa, mantendo sua privacidade; 22. Lavar as mãos; 23. Calçar as luvas de procedimento; 24. Remover a bolsa de colostomia, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa; 25. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização; 26. Abrir o pacote de curativos com a técnica asséptica; 27. Limpar a pele e utilizar compressa de gaze para remover as fezes; 28. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar;

	29. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma; 30. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5cm maior que o tamanho do estoma); 31. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal; 32. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante; 33. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp; 34. Retirar as luvas; 35. Lavar as mãos; 36. Registrar em prontuário: característica do débito de colostomia, volume, odor, cor, etc.); 37. Realizar evolução e anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000); 38. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	✓ A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes. ✓ Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp. ➤ Cuidados diários com colostomia: • Esvaziar a bolsa (no mínimo uma vez por plantão e sempre que necessário), soltando apenas o clamp que a fecha na parte inferior; • Lavá-la com soro fisiológico a cada vez que se desprezar o conteúdo no vaso sanitário; • O clamp poderá ser reutilizado nas trocas do mesmo paciente.

POP 083 - ADAPTAÇÃO DE BOLSA COLETORA EM FÍSTULA ABDOMINAL	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A Bolsa coletora é um dispositivo instalado na abertura da fístula para coletar exsudatos corporais. Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epiteliais que ocorre na maioria das vezes como complicação no pós-operatório, mas pode ocorrer de forma espontânea em patologias.

RECURSOS	7. Luvas de procedimento; 8. Bolsa coletora descartável; 9. Gaze; 10. Soro Fisiológico 0,9%; 11. Bandeja; 12. Biombo.
MÉTODO	18. Higienizar as mãos; 19. Separar e transportar os materiais dentro da bandeja até a unidade do paciente; 20. Colocar o paciente em posição segura e confortável; 21. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo; 22. Calçar as luvas de procedimento; 23. Abrir gaze e umedecê-la com soro fisiológico 0,9%; 24. Higienizar fístula com gaze e soro fisiológico 0,9%; 25. Secar bem a pele ao redor da fístula; 26. Utilizar a bolsa coletora de acordo com o tamanho adequado da fístula; 27. Retirar o adesivo e colar a bolsa na pele, sendo a abertura da bolsa coletora maior que o orifício da fístula; 28. Certificar-se que a bolsa coletora esteja bem aderida à pele; 29. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem; 30. Desprezar gaze e luva utilizada dentro do lixo adequado; 31. Higienizar as mãos; 32. Registrar no prontuário a data e hora da troca da bolsa coletora, bem como o tamanho da fístula e característica da substância exsudativa; 33. Registrar e comunicar ao Enfermeiro se houver lesões de pele ao redor da fístula; 34. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	✓ Durante a higienização observar alteração da pele ao redor da fístula e comunicar ao Enfermeiro; ✓ Atentar para o dispositivo mal adaptado, pois podem provocar vazamentos e dermatites.

POP 084 - CURATIVOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Curativo: consiste em um procedimento asséptico que segue desde a irrigação com solução fisiológica até a cobertura específica com o objetivo de auxiliar no processo de cicatrização da ferida. Ferida: é qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica. As feridas são superficiais quando limitadas à epiderme, derme e hipoderme, e profundas, quando outras estruturas são atingidas (fáscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ligamentos, ossos, vasos e órgãos cavitários). Nos ferimentos fechados, a continuidade da pele e dos tecidos não é violada ou danificada e eles podem ser tanto superficiais quanto profundos. Nas feridas abertas, ocorre a descontinuidade e o rompimento da barreira de proteção da pele, acentuando os riscos de infecção. As feridas simples evoluem rapidamente para a cicatrização. As complexas têm evolução lenta e progressiva, tendendo para a cronicidade. Podem estar contaminadas, colonizadas ou infectadas, quando mostram evidências de processo infeccioso, com tecidos desvitalizados, exsudação e odor característico. Classificação: Características das lesões: Necrótica: Presença de placa dura (escaras) ou tecido necrosado; Infectada: Presença de processo inflamatório e exsudação supurativa; Com crosta: Exsudação que se modificou, composta de células mortas, retardam a cicatrização; Granulada: Formação de tecido vascular novo (angiogênese) e matriz de colágeno; Epitelializada: Formação e migração de células epiteliais sobre uma

	superfície durante o processo de cicatrização. Curativo: é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção. ➤ Tipos de curativos: • Curativo semi-oclusivo: utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável; • Curativo oclusivo: atua como barreira mecânica, impede a perda de fluídos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir enfisema e formação de crosta; • Curativo compressivo: utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão; • Curativos abertos: são realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas, escoriações, etc. ➤ Objetivo dos curativos: • Auxiliar o organismo a promover a cicatrização; • Eliminar fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão; • Diminuir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados. ➤ Desbridamento: É a retirada do tecido desvitalizado ou morto, pois a sua presença retarda o processo de cicatrização. Atualmente temos: • Autolíticos: destruição natural do tecido necrótico através de enzimas lisossomiais e ações de macrófagos; • Químico/ Enzimático: são utilizadas as enzimas proteolíticas com o objetivo de remover os tecidos desvitalizados. Ex.: Colagenase. • Mecânico: são realizados através do emprego de forças físicas objetivando a remoção de tecidos desvitalizados. São utilizados dois métodos: Fricção: emprega-se gaze úmida ou esponja macia em movimentos centrífugos objetivando remover sujidades, corpos estranhos e tecidos desvitalizados. Emprego de material cortante: usa-se tesoura ou lâmina de bisturi.
RECURSOS	10. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica);

	11. Soro Fisiológico 0,9%; 12. Gaze; 13. Luvas de procedimento; 14. Luvas estéreis; 15. Produtos tópicos prescritos (cremes, pomadas, hidrocoloides, etc.); 16. Esparadrapo, fita adesiva, micropore ou similar; 17. Atadura de crepe; 18. Tesoura (Mayo).
MÉTODO	10. Explicar o procedimento a ser realizado ao paciente (se consciente) ou acompanhante; 11. Manter o paciente em posição confortável; 12. Observar prescrição médica e de enfermagem sobre o que usar no curativo; 13. Lavar as mãos e calçar as luvas; 14. Preparar o material para a realização do curativo; 15. Avaliar a ferida; 16. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida; 17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 18. Manter a sala em ordem. ➤ <u>PROCEDIMENTOS PARA LESÕES FECHADAS:</u> ✓ <u>Incisão simples:</u> 11. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a em recipiente; 12. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica; 13. Umedecer a gaze com soro fisiológico; 14. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão; 15. Secar a incisão; 16. Ocluir com gaze ou outro curativo prescrito; 17. Aplicar pomada descrita; 18. Fixar com micropore; 19. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que apresentar sujidade;

	20. Manter a incisão ocluída no período de 24 horas ou conforme prescrição médica. ✓ <u>Incisão com pontos:</u> 6. Remover o curativo; 7. Proceder a limpeza ponto a ponto, seguindo técnica descrita para lesões simples; 8. Aplicar pomada, se prescrita; 9. Ocluir o curativo com gaze e micropore; 10. Realizar troca a cada 24 horas ou conforme prescrição médica. ➤ <u>PROCEDIMENTOS PARA LESÕES ABERTAS:</u> 9. Lavar as mãos e calçar as luvas; 10. Remover o curativo anterior, de forma não traumática; 11. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze; 12. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica), seguindo os passos da classificação de feridas; 13. Atentar para uso de pomadas hidrocoloides, conforme prescrição médica; 14. Cobrir a lesão com gaze e fixar com micropore; 15. Desprezar o material usado em local apropriado; 16. Retirar as luvas e lavar as mãos.
OBSERV AÇÕES	✓ Lavar as mãos antes e após cada curativo. ✓ Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo (validade usual 7 dias). ✓ Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível. ✓ Utilizar sempre material esterilizado. ✓ Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las. ✓ Não falar e não tossir sobre a ferida e ao manusear material estéril. ✓ Considerar contaminado qualquer material que toque sobre locais não esterilizados. ✓ Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, fazendo-os com pinças (técnica asséptica).

	✓ Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida. ✓ Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada; ✓ Vários curativos no mesmo paciente; deve iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomias e fístulas em geral. ✓ Ao embeber a gaze com soluções manter a ponta da pinça voltada para baixo. ✓ Ao aplicar ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não apertar em demasia. ✓ Todo curativo deve ser realizado com a seguinte paramentação: luva, máscara, óculos e gorro. ✓ Quando o curativo for oclusivo, deve-se anotar no esparadrapo a data, a hora e o nome de quem realizou o curativo. ✓ Os curativos devem ser considerados em função do tipo de ferida e executados após o banho do paciente, de preferência. ✓ Trocar o curativo das feridas cirúrgicas de acordo com a orientação médica. ✓ Usar preferencialmente bacia ou bandeja para os curativos infectados.
--	--

POP 085 - CURATIVOS COM COBERTURA DE HIDROCOLOIDE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	É composto por uma camada interna autoadesiva hipoalergêcia, contendo hidrocoloide, carboximetilcelulose sódica - CMC, poli-isobutileno e conservantes, uma camada externa de filme de poliuretano e um liner, composto por papel siliconado. Indicado para o tratamento de feridas com leve a moderada exsudação, como abrasões e lacerações superficiais, rachaduras da pele, úlceras de perna (venosas, arteriais e mistas), úlceras diabéticas e por pressão (parcial e total), prevenção de úlceras por pressão, excisões dermatológicas, áreas doadoras, incisões cirúrgicas e feridas externas causadas por traumas. Tem o objetivo de promover o desenvolvimento de um meio úmido, otimizando o processo de cicatrização da ferida e permitindo a troca do curativo sem causar danos ao tecido recém-formado.
RECURSOS	10. Saco plástico; 11. Pacote de curativo; 12. Gaze estéril; 13. Seringa 20ml; 14. Soro Fisiológico 0,9%; 15. Luvas de procedimento; 16. Biombo; 17. Placa hidrocoloide; 18. Tesoura.
MÉTODO	3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 4. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 16. Avaliar grau, mensurar e descrever aspecto e dimensões da lesão; 17. Orientar a equipe de enfermagem quanto a instalação correta da placa; 18. Comunicar anormalidades ao Médico; 19. Estimular o autocuidado ao paciente; 20. Avaliar frequência de troca.

Ao Técnico de Enfermagem compete:

1ª etapa: Limpeza da lesão:

12. Higienizar as mãos;
13. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente;
14. Explicar o procedimento ao paciente;
15. Colocar o paciente em posição segura e confortável;
16. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo;
17. Irrigar a lesão com jatos de solução fisiológica a 0,9% utilizando seringa de 20ml;
18. Remover o excesso de exsudato e tecidos desvitalizados com gaze estéril, se necessário;
19. Secar com gaze somente a região periférica da ferida;
20. Desprezar todo material utilizado em lixo apropriado;
21. Escolher o tamanho da placa que melhor se adapte a região, excedendo a ferida em pelo menos 3cm recortando com tesoura o excesso de placa.
22. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar, conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).

2ª etapa: Aplicação do curativo:

3. Colocar o curativo hidrocoloide sobre a ferida, moldando e fixando-o
4. Pressionar levemente o curativo com as mãos para garantir uma maior durabilidade (conceito de adesivo por pressão).

3ª etapa: Remoção do curativo

3. Levantar uma extremidade do curativo e, delicadamente, removê-lo pressionando a pele adjacente para evitar traumas ao tecido;
4. Limpar a ferida antes da aplicação do novo curativo.

4ª etapa: Intervalos de trocas:

4. A placa de hidrocoloide deve ser trocada se houver extravasamento de exsudato e/ou gel, desprendimento das bordas ou deslocamento do curativo;
5. Pode permanecer na ferida por até 07 dias, dependendo da quantidade de exsudato;

	6. A necessidade da frequência da troca deve ser avaliada pelo Enfermeiro.
OBSERV AÇÕES	✓ Não utilizar curativo hidrocoloide em lesões exsudativas. ✓ Em caso de alergia, sinais de infecção (odor característico e alteração na cor do exsudato), febre ou sensibilidade ao toque e eritema na área da ferida, suspender o uso e informar ao Médico.

POP 086 - CURATIVOS COM COBERTURA DE FILME DE POLIURETANO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITOS	Curativo filme transparente de poliuretano recoberto por um adesivo hipoalergênico. Indicado para: • Úlceras de pressão de estágios I e II pouco exsudativas; Debridamento autolítico de feridas; • Curativo secundário sobre gaze, alginato e hidrocoloide; • Feridas cirúrgicas fechadas e limpas; • Proteção da pele íntegra em pacientes com propensão para escaras; • Dermoabrasões, áreas doadoras de enxerto e feridas cirúrgicas e não-drenantes; • Fixação de catéteres. Tem por objetivo permitir a passagem de gases e vapores, favorecer a respirabilidade da pele impermeabilizando a passagem de água e bactérias e facilitar a visualização da lesão.
RECURSOS	7. Gaze estéril; 8. Soro fisiológico 0,9%; 9. Luvas de procedimento; 10. Luvas estéreis; 11. Biombo. 12. Filme de poliuretano.
MÉTODOS	2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 4. Orientar a equipe de enfermagem quanto ao cuidado com o curativo de poliuretano; 5. Avaliar o aspecto da lesão; 6. Prescrever troca de curativo. Ao Técnico de Enfermagem compete: 24. Higienizar as mãos; 25. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente;

	26. Explicar o procedimento ao paciente; 27. Colocar o paciente em posição segura e confortável; 28. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo; 29. Calçar as luvas de procedimento; 30. Realizar tricotomia utilizando lâmina, se necessário; 31. Retirar e desprezar luvas de procedimento em lixo apropriado; 32. Abrir pacote de gaze e umedecer com soro fisiológico; 33. Calçar luva estéril; 34. Realizar limpeza da pele e/ou lesão com gaze umedecida, conforme orientação do Enfermeiro; 35. Secar local a ser instalado o filme com gaze seca; 36. Desprezar as gazes utilizadas em saco de lixo apropriado; 37. Escolher o tamanho adequado do filme de poliuretano; 38. Instalar filme abrindo as abas de acordo com orientação do fabricante impressa no invólucro; 39. Modelar filme aos contornos da pele; 40. Retirar e desprezar luva estéril em lixo apropriado, bem como as gazes utilizadas; 41. Aplicar e identificar a tira com data e nome do profissional que aplicou; 42. Deixar o paciente seguro, confortável; 43. Recolher o material; 44. Higienizar as mãos; 45. Realizar as anotações de enfermagem, assinar e carimbar, conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000). 46. Manter a unidade em ordem.
OBSERV AÇÕES	✓ Usar somente em pele limpa e seca. ✓ Não usar sobre catéteres e feridas infectadas, feridas profundas ou Altamente exsudativas. ✓ Trocar em 07 dias. ✓ Observar o local para avaliar a presença de sinais de infecção, alergia, umidade: comunicar ao Enfermeiro sobre alterações.

POP 087 - CUIDADOS COM TRAÇÃO ORTOPÉDICA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A Tração ortopédica tem o objetivo de alinhar o osso através de uma ação cuidadosa e firme de tracioná-lo para prevenir deformidades e aliviar a dor. Ela alonga diretamente o sistema esquelético através de fios, pinos e ferros colocados no interior ou ao longo dos ossos e é mantida até que a fratura tenha se tornado aderente e cause menos dor.
RECURSOS	6. Luvas de procedimento; 7. Coxins; 8. Óleo para hidratação cutânea; 9. Imobilizador; 10. Férula.
MÉTODO	1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Observar sinais flogísticos, ruptura de tecido como lesões, abrasões, principalmente próximas ao local da inserção das fixações. Ao Enfermeiro compete: 6. Avaliar o nível da dor, devido aos espasmos musculares e parestesias; 7. Avaliar força motora do membro; 8. Avaliar o risco de lesão cutâneo; 9. Orientar a equipe de enfermagem quanto a posição e cuidados com tração; 10. Orientar quanto às manipulações e mudanças de decúbito. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 18. Higienizar as mãos; 19. Calçar luvas de procedimento; 20. Proporcionar ambiente privativo ao paciente utilizado o biombo; 21. Observar quanto à presença de úlceras na região de maior pressão; 22. Manter paciente devidamente alinhado no leito;

	23. Manter a tração sempre contínua, inclusive durante higiene; 24. Realizar mudança de decúbito conforme limitação do paciente e sob orientação do Enfermeiro; 25. Realizar massagem de conforto com óleo em proeminências ósseas como calcâneo, trocânteres e sacral; 26. Observar sinais de ruptura de tecido cutâneo, se presença comunicar ao Enfermeiro ou Médico; 27. Utilizar coxins para redução de atrito tanto com a cama quanto coxofemoral e/ou genital; 28. Avaliar os locais dos pinos à procura de sinais de inflamação e infecção, se presença comunicar ao Enfermeiro; 29. Proceder a limpeza e desinfecção do local, fazendo curativos diários; 30. Retirar luvas de procedimento; 31. Higienizar as mãos; 32. Deixar a unidade em ordem; 33. Registrar no prontuário a data, a hora, a característica da pele e posição da tração; 34. Realizar as anotações de enfermagem.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter tração contínua, inclusive durante higiene. ✓ Observar perfusão periférica e temperatura de extremidades. ✓ Alterações de sensibilidade, ou mudança de coloração do membro: avisar ao Enfermeiro ou Médico da unidade; ✓ Presença de edemas, diminuição da perfusão periférica, sensibilidade do membro e extremidades frias: Avisar ao Enfermeiro e Médico para intervenção.
POP 088 - PREVENÇÃO DE QUEDAS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria

	altura, da maca/cama ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras higiênicas, banheiras, trocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário. ✓ Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo. ✓ Dano ou Lesão: sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode assim, ser físico, social ou psicológico. ✓ Avaliação do Risco de Queda: Fatores predisponentes específicos que aumentem o risco de queda.
RECURSOS	Macas e camas com grades.
MÉTODO	Ao Enfermeiro compete: 11. Implantar medidas para prevenção de queda conforme caso; e se necessário; 12. Deitar o paciente em camas com grades elevadas; 13. Priorizar o atendimento médico; 14. Orientar pacientes e acompanhantes; 15. Carimbar ficha com “risco de queda”; 16. Orientar Auxiliar/Técnico de Enfermagem sobre o risco e as medidas de prevenção prescrita; 17. Adequar os horários de medicamentos que causam sonolência; 18. Avaliar todos os pacientes, assim que entrar na sala; 19. Orientar equipe de Enfermagem; 20. Manter grades elevadas e rodas travadas. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 6. Realizar as medidas para prevenção de queda de acordo com a prescrição de enfermagem; 7. Realizar anotação de enfermagem com as orientações fornecidas e medidas implantadas; 8. A cada plantão, orientar e checar se o paciente tem acompanhante; 9. Encaminhar paciente ao leito e comunicar ao Enfermeiro para avaliação do estado geral do paciente; 10. Verificar sinais vitais.
OBSERVAÇÕES	✓ Avaliação de risco de queda. ✓ Identificação do paciente no prontuário. ✓ Placa indicativa para risco de queda.

	✓ Travamento das rodas da cama. ✓ Identificação para piso molhado. ✓ Elevação das grades de proteção. ✓ Solicitar a presença de um acompanhante sempre que se fizer necessário, 24 horas por dia, principalmente se o paciente for maior de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (2011) e ou apresentar quadro de confusão mental, agitação psicomotora. ✓ Na falta de acompanhante, acionar o Serviço Social para solicitar a presença de acompanhante, informando a necessidade devido ao risco de quedas.
--	---

POP 089 - CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A contenção mecânica do paciente tem o objetivo de proteger o paciente com alterações de comportamento contra lesões e traumas (quedas, contaminação de dispositivos, feridas, dentre outros) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido. Visa a integridade física e psíquica dos pacientes e dos profissionais de saúde que lhe prestam assistência de modo humanizado.
RECURSOS	6. Lençóis; 7. Faixas elásticas; 8. Coletes; 9. Cama com grade; 10. Atadura de crepe.
MÉTODO	➤ Restrição por meio de lençóis com restrição de ombros: 7. Lavar as mãos; 8. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 9. Dobrar o lençol em diagonal, até formar uma faixa de 25cm de largura; 10. Colocar a faixa sob as costas do paciente, passando pelas axilas, cruzando sob o travesseiro e amarrando na cabeceira da cama; 11. Lavar as mãos; 12. Anotar no prontuário. ➤ Restrição do abdome: 9. Lavar as mãos; 10. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 11. Dobrar 02 lençóis de forma longitudinal (ao comprido) ou diagonal cada um, até formar uma faixa de 25cm de largura; 12. Colocar uma faixa sobre o abdome do paciente e a outra sob a região lombar; 13. Torcer juntas as pontas do lado direito dos lençóis, amarrando-as no estrado do leito; 14. Repetir o mesmo procedimento para o lado esquerdo;

	15. Lavar as mãos; 16. Anotar no prontuário. ➤ Restrição dos joelhos: 9. Lavar as mãos; 10. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 11. Dobrar o lençol em diagonal; 12. Colocar sob o joelho do paciente; 13. Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo; 14. Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito, amarrando as extremidades livres no estrado do leito; 15. Lavar as mãos; 16. Anotar no prontuário. ➤ Restrição de membros superiores e inferiores com atadura de crepe: 10. Lavar as mãos; 11. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se possível; 12. Colocar o membro do paciente em posição anatômica; 13. Adaptar a atadura de crepe no membro, deixando sobrar uma ponta; 14. Realizar o enfaixamento do membro, que terá duas finalidades: c) Proteção do membro; d) Restrição do membro; 15. Amarrar as pontas das ataduras após o enfaixamento; 16. Amarrar a ponta da atadura no estrado da cama; 17. Lavar as mãos; 18. Anotar no prontuário.
OBSERV AÇÕES	✓ A contenção mecânica deverá ser prescrita pelo Enfermeiro ou Médico. ✓ Explicar a indicação da contenção mecânica ao cliente e/ou familiar, esclarecendo o caráter não punitivo. ✓ Empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro em situações de urgência e emergência.

	✓ Realizar a contenção mecânica somente quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Em nenhum caso deverá ser prolongada além do período necessário para o fim previsto. ✓ É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou equipe de saúde. ✓ Monitorar atentamente o paciente para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou identificá-los precocemente. Monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos dos pacientes, verificados com regularidade nunca superior a 1(uma) hora, principalmente pacientes sob sedação, sonolentos, idosos, crianças e adolescentes. ✓ Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões e sua duração, ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, deve ser registrados no prontuário do paciente.
--	---

POP 090 - AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO DO PACIENTE	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de promover a deambulação precoce do paciente, estimulando seu rápido restabelecimento e ou prevenindo complicações.
RECURSOS	9. Vestuário adequado; 10. Calçado adequado; 11. Escadinha.
MÉTODO	3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 8. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será auxiliado na deambulação, de sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados; 9. Planejar o procedimento; 10. Orientar a equipe na realização do auxílio na deambulação do paciente no leito; 11. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento; 12. Orientar ao paciente e/ou acompanhante quanto aos cuidados com drenos, bolsas coletoras e sistema para infusão intravenosa. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 15. Higienizar as mãos; 16. Descobrir o paciente sem deixá-lo exposto; 17. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema para infusão intravenosa; 18. Levar suporte de soro para perto do leito; 19. Solicitar ao paciente para sentar-se na cama e aguardar 1 ou 2 minutos antes de levantar, observar se há alguma alteração. Se houver alguma alteração no estado do paciente comunicar ao Enfermeiro; 20. Posicionar-se em frente ao paciente e solicitar que o mesmo apoie em seu ombro;

	21. Colocar as mãos na cintura do paciente e ajudá-lo a ficar em pé com auxílio de uma escadinha; 22. Observar as reações do paciente (caso apresentar mal estar, sentá-lo novamente); 23. Colocar os sistemas de infusão venosa e/ou drenagem no suporte; 24. Auxiliá-lo na deambulação, segurá-lo pelo braço; 25. Caminhar ao lado do paciente até que o mesmo se sinta seguro para andar sozinho; 26. Ficar atento ao paciente até que o mesmo retorne ao leito; 27. Higienizar as mãos; 28. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente, colocar horário, procedimento, nome e carimbo (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERV AÇÕES	✓ Afastar os pés amplia a base de apoio do corpo para suportar melhor o peso. Um dos pés deve estar voltado para a direção da ação a ser realizada. ✓ Contrair o abdome e os glúteos e flexionar os joelhos quando precisar abaixar-se. ✓ Contrair o abdome e os glúteos e flexionar os joelhos e os quadris quando precisar inclinar-se. ✓ Carregar objetos pesados junto ao corpo para evitar lesões musculares. ✓ Usar os músculos dos braços e das pernas (mais longos e mais fortes) para evitar tensão excessiva dos músculos dorsais. ✓ Observar o espaço físico, verificando se o mesmo é restrito, se o piso é irregular ou cama sem altura ajustável, dificultando a movimentação ou a transferência do paciente. ✓ Caso ocorra hipotensão e posterior queda, comunicar ao Enfermeiro ou Médico. ✓ Manter o ambiente e iluminação adequados.

POP 091 - POSICIONAMENTO DO PACIENTE NO LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de mobilizar o paciente, para prevenir úlceras de pressão, complicações pulmonares e circulatórias.
RECURSOS	9. Leito; 10. Luvas de procedimento; 11. EPIs conforme precauções padrão ou de acordo com a patologia e/ou vias de transmissão; 12. Lençol móvel; 13. Cobertor; 14. Vestuário adequado; 15. Almofadas e coxins; 16. Biombo.
MÉTODO	3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 3. Avaliar as condições físicas e clínicas do paciente que será movimentado, de sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados; 4. Planejar o procedimento; 13. Orientar a equipe na realização do posicionamento do paciente no leito; 14. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 6. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a importância do posicionamento correto, das mudanças de posição e do exercício das extremidades; 7. Higienizar as mãos; 8. Separar o material; 9. Calçar as luvas de procedimento e vestir o avental, se necessário (pacientes em isolamento ou precaução de contato); 10. Garantir a privacidade do paciente, utilizando biombo.

➤ **Posição de Fawler:**

Promover funcionamento cardíaco e respiratório para alimentar-se, conversar ou realizar eliminação urinária e intestinal.

- e) Cabeceira elevada de 45° a 60°;
- f) Posição alta: cabeceira a 90°;
- g) Posição baixa: cabeceira a 30°;
- h) Apoiar os pés, braços e cabeça com travesseiros.

➤ **Posição supina ou decúbito dorsal:**

- f) Colocar a cabeceira da cama plana;
- g) Deitar o paciente de costas;
- h) Manter a cabeça e ombros levemente elevados com um travesseiro, se não houver contraindicação;
- i) Apoiar braços e joelhos com travesseiros;
- j) Apoiar pés e calcanhares do paciente para evitar extensão contínua dos pés e pressão constante nos calcanhares.

➤ **Posição deitado de lado ou decúbito lateral:**

Alternativa confortável à posição supina para o paciente em repouso ao adormecer, alivia pressão na escápula, no sacro e nos calcanhares e permite pernas e pés flexionados.

- f) Colocar a cabeceira plana;
- g) Virar o paciente de lado no leito;
- h) Flexionar o antebraço e braço que ficam por baixo, em relação à posição do corpo na direção da cabeceira; manter antebraço que fica por cima alinhado ao corpo e flexionar o braço;
- i) Flexionar levemente o joelho que está por baixo e mais ainda o joelho que fica por cima;
- j) Utilizar travesseiros para corrigir posicionamento (sob a cabeça, sob a perna flexionada e sob o braço que fica por cima flexionado para manter o mesmo nível do ombro).

➤ **Posição decúbito ventral parcial ou sims**

- d) Colocar a cabeceira da cama plana;

- e) O paciente é deitado de lado parcialmente sobre o abdome, com o braço voltado para baixo atrás do paciente e o braço voltado para cima flexionado no ombro e cotovelo;
- f) Colocar travesseiros sob a cabeça, sob o braço superior flexionado e sob a perna flexionada.

➤ **Posição pronada**

Previne contraturas de flexão dos quadris e joelhos e é contraindicada para pessoas com problemas de coluna.

- h) Colocar a cabeceira da cama plana;
- i) Com o paciente na posição de decúbito dorsal, role o paciente sobre o braço posicionado perto do corpo, com o cotovelo reto e a mão sob o quadril. Posicione o abdome no centro da cama;
- j) O paciente deita sobre o abdômen com a cabeça virada para o lado;
- k) O corpo fica estendido e os ombros, a cabeça e o pescoço eretos;
- l) Os braços devem ser colocados em alinhamento correto com a cintura escapular; os quadris ficam estendidos e os joelhos impedidos de se flexionarem ou hiper estenderem-se;
- m) Apoiar a cabeça com um travesseiro pequeno ou coloque um travesseiro sob o abdome;
- n) Apoiar as pernas com um travesseiro para elevar os dedos dos pés.

12. Deixar o paciente seguro e confortável;

13. Retirar as luvas de procedimento e o avental, se utilizado;

14. Higienizar as mãos;

15. Fazer anotações no impresso de observações de enfermagem, como posição escolhida, motivo, características da pele e circulação periférica;

16. Assinar e carimbar.

➤ **Posicionar o paciente em decúbito dorsal**

15. Higienizar as mãos;

16. Calçar as luvas de procedimento;

17. Abaixar as grades da cama;

18. Descer o cobertor em formato de leque;

19. Soltar o lençol móvel do lado mais próximo do profissional;

	20. Pegar as duas partes do lençol móvel e posicionar sobre o paciente; 21. Subir a grade da cama; 22. Passar para o lado contrário, posicionar-se atrás do paciente e abaixar as grades da cama; 23. Puxar vagarosamente o lençol móvel até o paciente ficar em decúbito dorsal; 24. Deixar o paciente em posição confortável, reposicionando a roupa de cama; 25. Elevar as grades da cama; 26. Deixar o ambiente em ordem; 27. Higienizar as mãos; 28. Realizar a documentação do procedimento no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ Ao posicionar o paciente, o profissional deve fazê-lo com cautela e, se possível, com a ajuda de outra pessoa. ✓ Atentar para o risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente a fim de evitar acidentes. ✓ Comunicar ao Enfermeiro caso haja queda do leito ou identificada lesão de pele.

POP 092 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA O LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de realizar de maneira adequada o transporte do paciente em diferentes situações.
RECURSOS	8. Leito previamente arrumado; 9. Cadeira de rodas; 10. Escadinha; 11. Cadeira; 12. Lençol móvel; 13. Luvas de procedimento, se necessário; 14. Vestiário e calçado adequado.
MÉTODO	9. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 10. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 11. Determinar a necessidade de ajuda dos funcionários; 12. Providenciar a montagem do leito conforme a rotina; 13. Acomodar adequadamente o paciente no leito; 14. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente; 15. Verificar se o espaço físico é adequado para não restringir os movimentos; 16. Avaliar e supervisionar a técnica. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: Passar o paciente da cama para cadeira 21. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, solicitando a colaboração do mesmo, se tiver em condições; 22. Higienizar as mãos; 23. Preparar a cadeira comum ou cadeira de rodas; 24. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 25. Descobrir o paciente sem deixá-lo exposto; 26. Posicionar a cadeira paralelamente à cama; 27. Travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la; 28. Assentar o paciente na cama ou auxiliá-lo a assentar-se;

29. Observar o estado geral do paciente (caso apresente mal estar, deitá-lo novamente);
30. Calçar ou auxiliar o paciente a calçar o chinelo;
31. Levantar o paciente, solicitar que apoie as mãos no seu ombro e segurá-lo pela cintura;
32. Virar ou solicitar que o paciente se vire e assentá-lo na cadeira;
33. Posicionar o paciente confortavelmente, agasalhando-o com uma manta ou cobertor, se necessário;
34. Posicionar corretamente drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
35. Verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário;
36. Deixar o ambiente em ordem;
37. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local adequado;
38. Higienizar as mãos;
39. Registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento;
40. Assinar e carimbar.

Passar o paciente da cadeira para a cama

16. Explicar o procedimento ao paciente, solicitando a colaboração do mesmo, se estiver em condições;
17. Higienizar as mãos;
18. Calçar as luvas de procedimento, se necessário;
19. Elevar a cabeceira do leito a 75°;
20. Posicionar a cadeira paralelamente junto aos pés da cama;
21. Travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la;
22. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
23. Levantar ou auxiliar o paciente a se levantar, segurando-o pela cintura e solicitando que apoie no seu ombro;
24. Pedir ao paciente que suba na escadinha;
25. Assentar ou ajudar o paciente a se assentar na cama;
26. Tirar o chinelo do paciente;
27. Deitar (se o mesmo desejar), abaixar a cabeceira do leito e deixá-lo confortável;

	28. Posicionar corretamente os drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; 29. Verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário; 30. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; Para pacientes dependentes 11. Higienizar as mãos; 12. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 13. Encostar a cadeira ou cadeira de rodas à lateral do leito e certificar-se que as rodas estejam travadas; 14. Um profissional deve abraçar o paciente pelas costas, cruzando os braços sobre o seu tórax; 15. Outro profissional deve segurar as duas pernas. Simultaneamente, os dois profissionais devem levantar o paciente da cadeira/cadeira de rodas e colocá-lo no leito ou vice-versa, para depois acomodá-lo no centro da cama ou na cadeira/cadeira de rodas; 16. Deixar o paciente em posição confortável; 17. Levantar as grades da cama; 18. Deixar o ambiente em ordem; 19. Higienizar as mãos; 20. Realizar a documentação do procedimento no prontuário.
OBSERV AÇÕES	✓ Nunca se esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura. ✓ Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da cadeira para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. ✓ O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou queda. ✓ Os equipos, drenos e sondas presentes no paciente deverão estar clampeados durante toda a transferência e deverão ser desclampeados posteriormente. ✓ Sempre que for estimular a saída do paciente do leito, seja para deambular ou para sentar-se em cadeira, aguarde alguns minutos com o paciente sentado, para observar se ele não apresentará alterações como lipotímia, dispnéia, síncope, palidez ou qualquer tipo

	de mal estar ou desconforto que comprometam sua saúde, caso apresente, deite-o novamente e comunique ao Enfermeiro e/ ou Médico. ✓ Atentar para risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente, caso ocorra queda, comunicar ao Enfermeiro. ✓ Ao movimentar o paciente, não mover o local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc). ✓ Paciente em uso de soroterapia não tracionar o equipo, para que a agulha ou catéter não se desloque e para evitar desconexão, caso haja desconexão dos catéteres, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

am

POP 093 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA CADEIRA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de realizar de maneira adequada o transporte do paciente em diferentes situações.
RECURSOS	5. Cadeira; 6. Luvas de procedimento, se necessário; 7. Vestuário adequado; 8. Calçado adequado;
MÉTODO	3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 4. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente; 5. Determinar a necessidade dos números de funcionários para o procedimento; 6. Avaliar as condições clínicas e físicas do paciente. Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete: 18. Apresentar-se ao paciente e ou acompanhante; 19. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, solicitando a colaboração do mesmo, se tiver em condições; 20. Higienizar as mãos; 21. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 22. Posicionar uma cadeira paralelamente a outra; 23. Travar as rodas da cadeira e solicitar alguém para segurá-la; 24. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa, tomando os devidos cuidados com os mesmos; 25. Levantar o paciente, solicitar que apoie as mãos no seu ombro e segurá-lo pela cintura; 26. Auxiliar o paciente a sentar-se na outra cadeira; 27. Posicionar o paciente confortavelmente, agasalhando-o com uma manta ou cobertor, se necessário; 28. Posicionar corretamente drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; 29. Verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário; 30. Deixar o ambiente em ordem;

	31. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local adequado; 32. Higienizar as mãos; 33. Registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento; 34. Assinar e carimbar. Para pacientes dependentes 9. Higienizar as mãos; 10. Usar luvas de procedimento; 11. Um profissional deve abraçar o paciente pelas costas, cruzando os braços sobre seu tórax; 12. Outro profissional deve segurar as duas pernas. Simultaneamente os dois profissionais devem levantar o paciente da cadeira e colocá-lo em outra cadeira; 13. Deixar o paciente em posição confortável; 14. Deixar o ambiente em ordem; 15. Higienizar as mãos; 16. Realizar a documentação do procedimento no prontuário.
OBSERVAÇÕES	✓ Nunca se esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura; ✓ Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da cadeira para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. ✓ O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou quedas. ✓ Sempre que for estimular a saída do paciente do leito, seja para deambular ou para sentar-se em cadeira aguarde alguns minutos com o paciente sentado, para observar se ele não apresentará alterações como lipotímia, dispneia, síncope, palidez ou qualquer tipo de mal estar ou desconforto que comprometam sua saúde, caso presente, deite-o novamente e comunique ao Enfermeiro e/ ou Médico. ✓ Atentar para risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente, caso ocorra queda, comunicar ao Enfermeiro.

	✓ Ao movimentar o paciente, não mover o local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc). ✓ Paciente em uso de soroterapia não tracionar o equipo, para que a agulha ou catéter não se desloque e para evitar desconexão, caso haja desconexão dos catéteres, comunicar ao Enfermeiro.
--	---

POP 094 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DO LEITO PARA A MACA E DA MACA PARA O LEITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de orientar de maneira adequada para o transporte do paciente em diferentes situações.
RECURSOS	5. Maca; 6. Luvas de procedimento, se necessário; 7. Lençol móvel; 8. Vestuário adequado.
MÉTODO	10. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 11. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao Enfermeiro compete: 12. Providenciar a montagem do leito conforme a rotina; 13. Receber o paciente no leito; 14. Acomodar adequadamente o paciente no leito; 15. Avaliar as condições de uso da maca; 16. Explicar as normas e rotinas da unidade ao paciente; 17. Determinar a necessidade dos números de funcionários para o procedimento; 18. Avaliar as condições clínicas e físicas do paciente. Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete: 18. Identificar o paciente a ser transportado; 19. Solicitar auxílio de mais três profissionais; 20. Higienizar as mãos; 21. Calçar as luvas de procedimento, se necessário; 22. Descobrir o paciente sem deixá-lo exposto; 23. Verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; 24. Desprender o lençol móvel e enrolar as pontas até bem próximo do paciente; 25. Clampear os drenos, sondas ou soros, se houver, e colocá-los sobre o paciente; 26. Para transportar o paciente com o auxílio do lençol: e) Aproximar a maca e cama paralelamente entre si;

	f) Posicionar duas pessoas de cada lado da cama/maca; g) Segurar o lençol de maneira que os braços dos transportadores fiquem alternados no meio e a cabeça do paciente apoiada; h) Passar o paciente em um só movimento para a cama ou maca (um membro da equipe conta até três em voz alta e toda a equipe move o paciente no três); 27. Para transportar o paciente sem o auxílio do lençol: f) Posicionar a maca paralelamente à cama; g) Posicionar-se ao lado da cama/maca; h) Verificar a presença de tubos, drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; i) Oferecer apoio à região torácica, região lombar e o terço inferior das coxas do paciente; j) Elevar o paciente e com um movimento simultâneo transportá-lo cuidadosamente para a maca ou cama; 28. Desclampear, conferir e posicionar soros, drenos e sondas, se houver; 29. Posicionar o paciente de forma segura e confortável; 30. Deixar o leito em ordem e retirar a maca; 31. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado; 32. Higienizar as mãos; 33. Registrar no prontuário a data, hora, para onde o paciente foi encaminhado (exames, transferência) ou sua procedência; 34. Assinar e carimbar.
OBSERV AÇÕES	✓ Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da maca para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. ✓ O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou quedas. ✓ Certificar-se que o lençol móvel oferece resistência necessária para o transporte do paciente até a maca, preservando sua segurança. ✓ Os equipo, drenos e sondas presentes no paciente deverão ser clampeados durante toda a transferência e deverão ser desclampeados posteriormente.

	✓ Sempre que for estimular a saída do paciente do leito, seja para deambular ou para sentar-se em cadeira aguarde alguns minutos com o paciente sentado, para observar se ele não apresentará alterações como lipotimia, dispneia, síncope, palidez ou qualquer tipo de mal estar ou desconforto que comprometam sua saúde, caso presente, deite-o novamente e comunique ao Enfermeiro. ✓ Atentar para risco de quedas, levantando sempre as grades da cama, ao término de cada procedimento realizado com o paciente, caso ocorra queda, comunicar ao Enfermeiro. ✓ Ao movimentar o paciente, não mover o local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc.). ✓ Paciente em uso de soroterapia não tracionar o equipo, para que a agulha ou catéter não se desloque e para evitar desconexão, caso haja desconexão dos catéteres, comunicar ao Enfermeiro.
--	--

km

POP 095 - TROCA DE ROUPA DE CAMA COM PACIENTE NO LEITO – CAMA ABERTA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de proporcionar conforto, higiene e segurança ao paciente. A arrumação do leito consiste em: • Cama aberta: quando está ocupada por paciente; • Cama fechada: quando o leito está vago; • Cama de operado: quando está aguardando o retorno do paciente do centro cirúrgico.
RECURSOS	6. Lençol impermeável; 7. Lençóis; 8. 01 Cobertor, se necessário; 9. 01 Lençol para móvel; 10. Rolo para costas (se necessário).
MÉTODO	13. Higienizar as mãos; 14. Colocar a roupa na mesa de cabeceira; 15. Explicar o procedimento ao paciente, se consciente; 16. Colocar o hamper próximo à cama; 17. Desprender a roupa do leito, do lado do paciente e depois vir e ir soltando do outro lado; 18. Colocar o paciente em decúbito dorsal protegido com o lençol de cima; 19. Enrolar o forro e lençol de baixo separadamente até o meio da cama e sob o corpo do paciente; 20. Substituir o lençol de baixo e o forro pela roupa limpa; 21. Virar o paciente para o lado pronto, nunca o expondo; 22. Passar para o lado oposto; 23. Retirar a roupa usada, retirar as luvas e esticar os lençóis limpos, prendendo-os e fazendo cantos; 24. Higienizar as mãos.
OBSERVAÇÕES	✓ Se o paciente for totalmente dependente, a troca de cama deve ser feita por duas pessoas. ✓ O leito deve ser trocado quantas vezes forem necessárias durante o plantão; ✓ O leito deve ser preparado de acordo com a sua finalidade;

	✓ Abrir as portas e janelas antes de iniciar o trabalho; ✓ Utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas; ✓ Não sacudir as roupas de cama; ✓ Não arrastar as roupas de cama no chão; ✓ Usar hamper ou sacos apropriados.
--	--

POP 096 - PREPARO DA CAMA HOSPITALAR – CAMA FECHADA E CAMA DE OPERADO	
AGENTE S	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem o objetivo de aguardar a admissão do paciente. Proporcionar conforto e adequado acolhimento na admissão do paciente.
RECURSOS	5. 01 Lençol móvel; 6. Lençóis; 7. 01 Cobertor; 8. 01 lençol impermeável (para cama de operado).
MÉTODO	➤ Cama Fechada: 13. Higienizar as mãos; 14. Reunir todo o material e levar à unidade do paciente; 15. Estender o lençol sobre o leito; 16. Fazer o canto da cabeceira, prender o centro e fazer o canto dos pés; 17. Estender o lençol móvel dobrado no meio da cama; 18. Estender o lençol de cima e o cobertor quando necessário, prendendo-os nos pés e fazer o canto; 19. Fazer a vira do lençol de cima. ➤ Cama de Operado: 20. O leito do operado é igual ao leito fechado, acrescentando um lençol dobrado em pregas, na cabeceira do leito próximo ao lençol móvel; 21. Este leito terá as roupas soltas nos pés, exceto o lençol de baixo; 22. O lençol de cima e o cobertor deverão ser dobrados na parte da cabeceira e dos pés, deixando-os enrolados lateralmente; 23. Após deitar o paciente operado, cobri-lo e prender as peças da cama que estavam soltas fazendo cantos; 24. Higienizar as mãos.
OBSERVAÇÕES	✓ O leito deve ser preparado de acordo com a sua finalidade. ✓ Abrir as portas e janelas antes de iniciar o trabalho. ✓ Utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas. ✓ Não sacudir as roupas de cama. ✓ Não arrastar as roupas de cama no chão. ✓ Usar hamper ou sacos apropriados.

POP 097 - PREPARO DO CORPO PÓS-ÓBITO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Promover a preparação adequada do corpo pós-óbito para a realização do transporte e sepultamento, mantendo o corpo limpo e identificado, evitando perda de secreções e excreções e posicionando o corpo adequadamente antes de ocorrer a rigidez cadavérica.
RECURSOS	6. Luvas de procedimento; 7. Biombo; 8. Hamper; 9. Cobertura para óbito (mortalha); 10. Atadura de crepe.
MÉTODO	Ao Enfermeiro competente: 3. Supervisionar e orientar a equipe quanto à técnica de preparo do corpo pós-óbito, realizada pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem; 4. Orientar preenchimento de etiqueta de identificação de óbito em 4 (quatro) vias: 1 (uma) para recepção, 1 (uma) para o prontuário, 1 (uma) para o corpo, 1 (uma) para a parte externa da cobertura do corpo). Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente: 16. Checar o nome do leito e paciente; 17. Higienizar as mãos; 18. Reunir o material e encaminhar até a unidade do paciente; 19. Colocar o biombo ao redor do leito; 20. Calçar as luvas de procedimento; 21. Colocar o paciente em posição supina com braços para o lado e palma das mãos para baixo; 22. Retirar adornos tais como: anéis, brincos, joias, prótese dentária quando o paciente fizer uso, identificando-o e entregando à família e/ou responsável, entregando e pedindo para quem recebeu assinar ficha de entrega de pertences e deixar em anexo em prontuário; 23. Retirar drenos, sondas catéteres e realizar curativo compressivo quando necessário; 24. Realizar higiene do corpo; 25. Identificar o corpo com etiqueta corretamente preenchida com: nome, idade, hora do óbito, conforme rotina da Instituição;

	26. Envolver o corpo com a cobertura própria para o óbito; 27. Encaminhar o corpo para o morgue; 28. Retirar as luvas de procedimento; 29. Realizar a higienização das mãos; 30. Fazer anotações de enfermagem.
OBSERV AÇÕES	✓ Certificar-se do óbito constatado pelo Médico, inclusive realizado eletrocardiograma. ✓ Manutenção da privacidade do paciente. ✓ Manter pálpebras fechadas. ✓ Identificação correta com etiqueta de identificação, comunicando ao Enfermeiro da unidade.

POP 098 - PERTENCES DO PACIENTE	
AGENTES	Assistente Social, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Efetuar a devolução dos pertences na admissão do paciente.
RECURSOS	Relatar a entrega dos pertences em prontuário do paciente.
MÉTODO	6. Orientar o paciente quanto ao procedimento; 7. Observar o uso de prótese, dinheiro, roupas, etc.; 8. Reunir todos os pertences junto ao familiar responsável e embalar em saco plástico, entregando ao responsável; 9. Solicitar que o responsável assine no prontuário que recebeu os pertences, devendo ser listado tudo o que for entregue; 10. Se não houver nenhum familiar, entregar os pertences identificados para o Assistente Social, devidamente identificado.
OBSERVAÇÕES	✓ Orientar os familiares e acompanhantes que a Enfermagem/Administração não se responsabilizam por nenhum tipo de perdas de objetos/vestimentas durante a permanência do paciente no Pronto-Socorro.

POP 099 - MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITOS	Limpeza: é o primeiro passo para o reprocessamento de artigos, e está intimamente ligada a qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Desinfecção: é um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos. Esterilização: é o processo de destruição de todas as formas vegetativas e esporuladas, fungos e vírus, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos. Manuseio e preparo de materiais: Fluxo Área suja: Recepção de artigos → Lavagem → Secagem → Inspeção visual → Separação Área limpa: Preparo → Esterilização → Armazenamento → Distribuição A limpeza/desinfecção/esterilização tem o objetivo de prevenir a transmissão de microorganismos.
RECURSOS	Artigos críticos: são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e, portanto, possuem alto risco para aquisição de infecção. Necessitam estar livres de: bactérias vegetativas, bacilos de tuberculose, fungos, vírus e esporos bacterianos. Estes artigos são agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, catéteres urinários, etc. Artigos semi-críticos: são artigos que entram em contato com membrana, mucosa íntegra ou pele não íntegra e devem ser livres de todos os microorganismos, com exceção de elevado número de esporos bacterianos. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamento de terapia respiratória, CPAP, máscaras e extensões de inalação etraqueais. Artigos não críticos: são aqueles que entram em contato apenas com pele íntegra ou não entram em contato com pacientes e apresentam

	baixo risco de transmissão de infecção. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Como exemplo nessa categoria estão comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelho de pressão, termômetros, etc.
MÉTODO	Artigos críticos: 1. Requerem esterilização por meios físicos (autoclave), químico (glutaraldeído e ácido peracético) ou físico-químico(Óxido de Etileno). 2. Higienizar as mãos sempre antes de iniciar o procedimento e após realizar o procedimento; 3. Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPIs). OBS: os dois itens acima devem ser repetidos em todos os procedimentos que serão citados a seguir. 4. Realizar a limpeza manual do material minuciosamente, inicialmente, deixando imerso em detergente enzimático por tempo descrito pelo fabricante; 5. Limpar o material com ajuda de escova e ou esponja macia; 6. Enxaguar abundantemente na água corrente potável; 7. Secar os materiaiscanulados com ar comprimido sob pressão(controlando a saída do ar com fluxômetro), na face interna e na face externa, secar com tecido macio; 8. Embalar em papel grau cirúrgico, conforme a adequação do material; 9. Encaminhar para esterilizar por meio físico (autoclave) ou físico-químico (Óxido de Etileno), para materiais termossensíveis(materiais que sofrem alterações sobre temperaturas elevadas). Artigos Semi-Críticos: 1. Requerem desinfecção de alto nível (destrói todos os microrganismos com exceção de alto número de esporos). Os desinfetantes de alto nível são o glutaraldeído, ácido peracético e Hipoclorito de Sódio 1%; 2. Realizar a limpeza manual conforme descrito acima. 3. Quando ácido peracético:

	h) Ativar o ácido peracético e realizar o teste de efetividade do desinfetante com as tiras reagentes, que devem ser mantidas sobre refrigeração e ou temperatura ambiente, realizadas diariamente pela manhã conforme rotina; i) Enxugar o material conforme descrito acima, criteriosamente, para que não ocorra diluição do ácido peracético, e a consequente inativação do produto antes do tempo estimado de aproximadamente 15 dias, após a ativação; j) Imergir o material por completo no ácido peracético a 0,2%; k) Cronometrar 10 minutos para desinfecção de alto nível, conforme orientação do fabricante; l) Enxaguar abundantemente com água; m) Secar conforme descrição acima; n) Embalar em plástico e selar as bordas. 4. Quando Hipoclorito de Sódio 1%: f) Imergir o material em solução de Hipoclorito de Sódio 1%; g) Deixar o material imerso por 30 minutos; h) Enxaguar abundantemente com água; i) Secar conforme descrição acima; j) Embalar em plásticos e selar as bordas. Artigos não críticos: 1. Requerem apenas limpeza com água e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível (elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não elimina microbactéria). Ex.: desinfetante de nível intermediário: álcool a 70%.
OBSERV AÇÕES	✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 2,5% para 1%: 500 ml de Hipoclorito de Sódio a 2,5 para 2000ml de água potável; ✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 1% para 0,5%: 1000 ml de Hipoclorito de Sódio 1% para 1000 de água potável; ✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 6% para 1%:

	400 ml de Hipoclorito de Sódio a 6% para 8 litros de água potável; ✓ Trocar a cada 24 horas. ✓ Identificar com rótulo a solução: data, horário, validade e assinatura. Recomendações de uso para hipoclorito: Superfícies limpas: solução 0,025% por 10 minutos Artigos de lactário e cozinha: 0,020% por 60 minutos Artigos de inaloterapia e oxigenoterapia: 1% por 30 minutos
--	--

POP 100 - PROCESSAMENTO PARA DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMI CRITICOS DE INALOTERAPIA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Padronizar o processamento de desinfecção dos artigos, visando a descontaminação do material.
RECURSOS	✓ Diluição de Hipoclorito de Sódio a 1% para 0,5%: 1000 ml de Hipoclorito de Sódio 1% para 1000 de água potável; ✓ Diluição para transformar o Hipoclorito de 2,5% para 1%: 500 ml de Hipoclorito de Sódio a 2,5% para 2000 ml de água potável; a fórmula de diluição: $C^1 \times V^1 = C^2 \times V^2$, onde C^1 é a concentração disponível, V^1 é o volume desejado, C^2 concentração desejada e V^2 volume disponível. (OPPERMANN, 2003)
MÉTODO	16. Separar o material necessário: - EPI (avental impermeável, mascara, touca, óculos, e luva de auto-proteção) - Solução de hipoclorito 1% - Solução de água e detergente - Recipiente opaco com tampa - Compressa ou pano limpo e seco - Seringa de 20ml 17. Colocar EPI 18. Desconectar as peças (mascaras, copinho, tampas e chicote) 19. Lavar com detergente padronizado e água, retirando resíduos biológicos, injetar água e detergente na luz do tubo, com ajuda de uma seringa de 20ml 20. Enxaguar as peças e o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna. 21. Colocar para escorrer 22. Secar com pano limpo e seco 23. Colocar os materiais imersos por 30 minutos em solução de Hipoclorito de Sódio 0,5%, em recipiente opaco com tampa.

	24. Retirar as peças da solução com luva e/ou pinça longa e enxaguar os materiais rigorosamente em água corrente abundantemente, injetando com seringa de 20ml na luz do tubo; 25. Colocar para escorrer 26. Secar com pano limpo e seco 27. Colocar o material montado em saco transparente não reutilizável, com data do processamento 28. Armazenar em local determinado em cada unidade. 29. Identificar com etiqueta, data e hora o nome do funcionário responsável pelo processamento. 30. Manter a área limpa e organizada.
OBSERV AÇÕES	✓ O material para processamento deverá ser colocado no recipiente de uma só vez para podermos respeitar o tempo de 30 minutos. ✓ A troca de solução deverá ser feita a cada 24 horas com uso de EPIs (óculos, avental, luvas de auto-proteção). ✓ Identificar com data e nome do funcionário responsável pela troca. ✓ Data de validade do processamento é de 7 dias, sendo que após esse período o material devera ser reproprocessado independente de seu uso; ✓ Desgaste material que apresente desgaste/ mal funcionamento.

POP 101 - HIGIENIZAÇÃO DE COMPADRE E COMADRE	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Remoção da sujidade presente nos artigos hospitalares, com o objetivo de limpeza dos artigos e maior conforto ao paciente.
RECURSOS	4. Comadre/compadre; 5. Detergente líquido; 6. Esponja.
MÉTODO	7. Desprezar o conteúdo (dejetos) no expurgo e colocar água corrente para retirada do excesso; 8. Após desprezar os dejetos, colocar de molho na água e sabão em balde de uso exclusivo por 30 minutos; 9. Após lavar em água corrente, deixar de molho no balde com solução de Hipoclorito 1% por 30 minutos; 10. Após lavar com água corrente, secar e embalar com saco plástico próprio e colocar etiqueta: "Higienizado com data". 11. Oferecer ao paciente na embalagem e abrir na frente do mesmo. 12. Usar EPIs (óculos, avental, luva e máscara).
OBSERVAÇÕES	✓ Organizar os materiais após a limpeza.

POP 102 - ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE DISPOSITIVOS				
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem			
CONCEITO	Consiste na limpeza e troca periódica de dispositivos e acessórios utilizados no ambiente hospitalar. Temos a necessidade de conhecer a vida útil desses materiais para não submeter os pacientes a um maior risco de aquisição de infecções hospitalares.			
RECURSOS	Específicos de cada paciente.			
MATERIAL	REPROCESSAMENTO		TRO	OBSERVAÇÃO
	MÉTO	TÉCNIC		
Água estéril do nebulizador/umidificador	Descartável	-	A cada 24 horas	Desprezar o líquido, higienizar o material e realizar novo preenchimento.
Almotolias	Limpeza	Água e detergente líquido neutro	Semanal	Utilização de escovas circulares (serpilho). Anotar a data de abertura e manter tampa fechada.
Ambu	Desinfecção de alto nível ou esterilização	Água e detergente neutro/Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min/Autoclave	Entre cada paciente	Manter protegido em embalagens plásticas, junto ao leito. Se não utilizar reprocessar a cada 15 dias.
Avental cirúrgico	Esterilização	Autoclave	Após o uso	-
Bacia/banheira (banho)	Limpeza	Água e	Após	Independen

	za	detergente líquido neutro	o uso	te da doença base
Bandejas de procedimentos	Limpe za	Água e detergente líquido e fricção com álcool 70%	A cada uso	-
Borracha/látex	Descar tável	-	Uso único	Análise de custo-benefício para reprocessamento
Braçadeiras de esfigmomanômetro: Nylon	Limpe za/ Desinf ecção	Água e detergente líquido e fricção com álcool 70%	Entre cada paciente	-
Braçadeiras de esfigmomanômetro: Tecido	Limpe za/ Desinf ecção	Água e detergente líquido e fricção com álcool 70%	Entre cada paciente	-
Campo cirúrgico	Esterili zação	Autocla ve	Após o uso	Não pode ser remendado ou cerzido
Cânula de entubação	Descar tável	-	Uso único	-
Cânula de Guedel	Desinf ecção	Água e detergente líquido e Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	Após o uso	-
Catéter arterial periférico	-	-	Após 5 dias	Evitar coleta de sangue por

				este acesso
Catéter de aspiração traqueal	Descartável	-	Uso único	-
Catéter de Oxigênio e extensão	Descartável	-	Uso único	Descartar na saída do paciente
Catéter Nasoentérico	-	-	6 meses	Recomendação do fabricante
Catéter Nasogástrico	-	-	7 dias	Recomendação do fabricante
Catéter Vascular Central (CVC) - Intracath	-	-	Sem troca programada	Retirar se apresentar sinais flogísticos ou exteriorização
Catéter Venoso Periférico	-	-	96 horas	Trocar sempre que apresentar sinais flogísticos ou exteriorização
Catéter Vesical de Demora	-	-	Sem troca programada	Intervalo pelo fabricante por desgaste: 30 dias
Circuitos respiratórios/umidificadores	Desinfecção de alto nível	Água e detergente líquido/ Hipoclorito de Sódio 1% por 30min./ Autoclave	A cada 7 dias ou caso apresente sujidade visível	Troca a cada paciente
Comadre	Limpeza	Água e detergente líquido	-	-

Compressa cirúrgica	Esterilização	Autoclave	Após o uso	-
Curativo de acesso vascular: Micropore e Esparadrapo	Limpeza	Álcool 70%	A cada 24 horas	trocas antecipadas quando apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido/datar
Filme transparente			A cada 7 dias	
Dispensadores de BAG: sabão líquido e álcool gel	Limpeza	Água e detergente líquido	Diariamente	Parte externa
Equipo (macrogotas, microgotas e de bomba infusora) e dãnula	Descartável	-	A cada 96 horas	Trocar em intervalo menor se houver sujidade visível
Equipos bureta e de administração intermitente de medicamentos (ex.: antibióticos)	Descartável	-	A cada 24 horas	-
Equipo para administração de soluções lipídicas ou hemoderivados	Descartável	-	Após cada infusão	-
Equipo para bomba infusora de dieta enteral	Descartável	-	A cada 24 horas	-
Escova cirúrgica	Descartável	-	Uso cirúrgico	-
Esfigmomanômetro (manguito)	Limpeza	Água e detergente líquido	Quinzenal	Na presença de matéria orgânica ou após o uso em paciente sob precaução de contato

Estetoscópio	Desinfecção	Álcool 70%	Após o uso	-
Extensão do frasco de aspiração (látex ou silicone).	Desinfecção de alto nível	Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	Após o uso	-
Extensão do inalador	Desinfecção (interna e externa)	Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	A cada 24 horas	-
Frasco de aspiração vácuo: vidro ou plástico	Limpeza	Água e detergente líquido	Após o uso	-
Máscara de Nebulização/ Máscara de Venturi/ CPAP Inaladores	Limpeza + Desinfecção	Água e detergente líquido e Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	Após o uso	-
Pró-pé	Descartável	-	Após o uso	-
Protetor ocular – óculos(EPI)	Limpeza	Água e detergente líquido	Após o uso	-
Recipiente para algodão seco e cotonetes/ abaixador de língua	Limpeza	Água e detergente líquido e desinfecção com álcool 70%	A cada 7 dias	-
Sistema de aspiração fechado (Trach-care)	-	-	Conforme fabricante	Troca a qualquer momento se houver quebra de técnica

Superfície dos respiradores + monitores e sensores	Desinfecção	Álcool 70%	24 horas	-
Umidificadores (parede) para nebulização	Desinfecção	Hipoclorito de Sódio 1% por 30 min.	24 horas	-
Uripén	Descartável	-	A cada 24 horas	-

POP 103 - PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A transmissão de microrganismos patogênicos no ambiente hospitalar ocorre na maioria das vezes por contato, por vias aéreas e pela exposição a sangue e líquidos corporais. Uma vez que a maior parte das infecções hospitalares tem origem endógena cabe ressaltar que o isolamento reverso ou protetor, cujo objetivo é a prevenção da aquisição de microrganismo proveniente do meio inanimado, é considerado de pouca ou nenhuma utilidade. Tipos de Isolamento: 8. Transmissão por Contato Um microrganismo pode ser transmitido de uma pessoa a outra através do contato com a pele ou mucosa. ➤ Contato Direto Quando um microrganismo é transmitido de uma pessoa a outra através do contato direto da pele, sem a participação de um veículo inanimado, este mecanismo de transmissão é chamado de contato direto. • Microrganismo que possuem elevada infectividade, podendo causar surtos em hospitais, como por exemplo: o vírus da Varicela-Zoster e parasitas como S. scabiei;

- Microrganismos que podem causar consequências graves para os pacientes, como algumas bactérias multirresistentes e Salmonelose;
- Microrganismos ainda não identificados com frequência, cuja transmissão pode levar a uma situação de surto ou se tornarem endêmicos, como é o caso de algumas bactérias multirresistentes.

➤ **Contato Indireto**

Na transmissão por contato indireto, alguns microrganismos podem estar presentes nas superfícies e nos artigos e equipamentos denominados fômites, e a transmissão ocorre pelo contato destes com a pele e mucosas.

9. Transmissão por via aérea ou respiratória

A transmissão de microrganismo por via respiratória pode ser dividida em duas modalidades, a transmissão por gotículas e a transmissão por aerossóis:

➤ **Transmissão por gotículas**

A transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com paciente. A transmissão não ocorre em distâncias maiores por períodos prolongados e nem por partículas suspensas no ar. Como exemplo de doenças transmitidas por via aérea, podemos citar: Doença meningocócica, Coqueluche, Difteria, Caxumba e Rubéola.

➤ **Transmissão por aerossóis**

Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer por horas, e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes, pois são carregadas por corrente de ar.

Poucos microrganismos são capazes de sobreviver nestas partículas, e precauções específicas são necessárias, inclusive cuidados especiais com o ambiente.

Como exemplo de microrganismos transmitidos por aerossóis podemos citar: M. tuberculosis, Vírus do Sarampo e Vírus Varicela-Zoster.

	➤ Transmissão por exposição a sangue e outros líquidos corpóreos A transmissão através de sangue e outros líquidos corpóreos, ocorre pela exposição de pele não íntegra ou mucosa a estes líquidos na presença do agente infectante. Como exemplo: de microrganismos transmitidos por exposição a sangue e líquidos corpóreos podemos citar o HIV, Vírus da Hepatite B, Vírus da Hepatite C, Malária, HTLV I e II, Treponema pallidum e Tripanossomacruzi. O risco de infecção varia de acordo com características próprias do microrganismo e com o tipo e gravidade da exposição.
RECURSOS	• EPIs (luvas, máscara facial, máscara N 95, capote), gorro, óculos, pró-pé. • Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH
MÉTODO	O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de um microrganismo de um paciente portador são ou doente para outro, tanto de forma direta como indireta. Esta prevenção abrange medidas referentes aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde, que podem servir de veículo de transmissão destes microrganismos. Um segundo objetivo é a prevenção de transmissão de microrganismo para o profissional de saúde. A grande maioria das infecções, condições e microrganismo requerem a aplicação de apenas uma categoria de precauções. No entanto, algumas doenças requerem aplicação de mais de uma categoria de precauções. As precauções são divididas em: A) Precaução Padrão (PP); B) Precaução de Contato (PC); C) Precauções Respiratórias para Aerossóis; D) Precauções Respiratórias para Gotículas. E) Precauções Padrão: As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes hospitalizados, independente do seu estado presumível de infecção, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados, ou sob suspeita de contaminação.

As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com:

- Sangue;
- Todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível;
- Pele com solução de continuidade (pele não íntegra);
- Mucosas.

➤ **As Precauções Padrão consistem em:**

2. Lavagem das Mãos

- Antes e após contato com o paciente;
- Após retirar as luvas;
- Entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde existe risco de transferência de patógenos para pacientes ou ambientes.

2. Luvas

- Usar luvas limpas, não estéreis, quando existir possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções, membrana mucosa, pele não íntegra e qualquer item contaminado.
- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ambientais ou de contato com outro paciente.
- Lavar as mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- Trocar as luvas entre um paciente e outro (para colher sangue de vários pacientes, por exemplo), e entre um procedimento e outro no mesmo paciente.

10. Avental

- Usar avental limpo, não estéril, para proteger roupas pessoais e superfície corporal sempre que houver possibilidade de ocorrer respingos de líquidos corporais e sangue.

11. Máscara, Protetor de Olhos, Protetor de Face

- Recomenda-se utilizá-los para a proteção de mucosa dos olhos, nariz e boca durante a realização de procedimentos e atividades que ofereçam risco de respingos de sangue e líquidos corporais.

12.Cuidados com Artigos e Equipamentos de Assistência ao Paciente

- Devem ser manuseados com cuidado, se sujos de sangue ou fluídos corpóreos, secreções e excreções,e sua reutilização em outros pacientes deve ser precedida de limpeza e desinfecção ou esterilização.

13.Controle Ambiental

- Estabelecer e garantir procedimentos de rotina adequada para a limpeza e descontaminação das superfícies ambientais, cama, equipamentos de cabeceira, na presença de sangue e líquidos corporais.

14.Cuidado com Roupas

- Manipular, transportar e processar as roupas usadas, sujas desangue, líquidos corporais, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição da pele e mucosas, e a contaminação de roupas pessoais. Utilizar sacos impermeáveis para evitar extravasamentoe contaminação de superfícies ambientais.

F) Precauções de contato

As precauções por contato consistem em:

- As precauções padrão devem continuar a ser aplicadas.
- Usar luvas para qualquer contato com o paciente, trocando-as após contato com área ou material infectante.
- Usar avental se houver possibilidade de contato das roupas do profissional com área ou material infectante.
- A saída do paciente para outros locais da unidade deverá ser evitada.
- Artigos de cuidado ao paciente, termômetro e estetoscópio devem ser de uso individual e adequadamente processado (desinfetados ou esterilizados), após a alta do paciente.
- As visitas deverão ser restritas e instruídas.
- As superfícies próximas ao leito, artigos e equipamentos podem ser um reservatório do patógeno, recomenda-se o uso de luvas e

avental ao entrar no quarto do paciente, independente do intuito da visita.

- Todos os itens manipulados, inclusive canetas e instrumentais devem sofrer desinfecção com álcool a 70%.
- A desinfecção ambiental é controversa, sendo recomendada somente para colchões, superfícies horizontais de uso do paciente (como criados-mudos, mesas de refeição, cabeceiras de camas, grades), instrumentais de uso pessoal do paciente.

G) Precauções respiratórias para aerossóis

- As doenças transmitidas por aerossóis são motivo de grande preocupação pela dificuldade de prevenção, devido às características da partícula que contém o microrganismo. As doenças que podem ser listadas neste modo de transmissão são a tuberculose pulmonar ou laríngea bacilífera, o sarampo, a varicela e o herpes zoster.

As precauções recomendadas são as seguintes:

- As precauções padrão deve ser aplicadas continuamente;
- Manter em quarto privativo, com as portas mantidas fechadas;
- Usar máscara apropriada com capacidade de filtrar 95% das partículas com diâmetro de 0,3 micron, chamada N95.
- O transporte do paciente deverá ser evitado, quando possível.
- As visitas deverão ser restritas e orientadas.

H) Precaução respiratória para gotículas:

As precauções recomendadas são as seguintes:

- As precauções padrão deve ser aplicadas continuamente;
- Manter quarto privativo ou coorte de paciente com a mesma doença;
- Usar máscara cirúrgica comum por todos que entrarem no quarto, durante o período de transmissão da doença. A transmissão por gotículas ocorre a curtas distâncias, em geral até 1 metro;
- O transporte do paciente deverá ser evitado. Quando necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica comum.
- As visitas deverão ser restritas e seguir as recomendações.

**OBSERVA
ÇÕES**

- ✓ **Prevenção de exposição a patógenos veiculados por sangue e líquidos corpóreos**
- ✓ Prevenir acidentes perfurocortante: cuidado com uso, manipulação, limpeza e descarte de agulhas, bisturis e outros materiais perfurocortantes.
- ✓ Não retirar agulhas usadas das seringas, não dobrá-las e nunca reencapá-las.
- ✓ O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados e resistentes, de acordo com a norma IPT NEA 55.
- ✓ Os recipientes devem estar localizados o mais próximo possível da área de uso e seu limite de preenchimento (delimitado por uma linha tracejada) deve ser respeitado e o coletor prontamente substituído.
- ✓ Usar dispositivos bucais, conjunto de ressuscitação e outros dispositivos de ventilação quando houver necessidade de ressuscitação.

- ✓ **Identificação do quarto**

ATENÇÃO:a porta do quarto do paciente deve estar identificada com placa padronizada pelo SCIH- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, conforme o diagnóstico de internação, a placa está disponível em todos os postos de enfermagem, essa deverá ser afixada pelo Enfermeiro após a entrada do paciente na unidade de internação.

- ✓ **Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH**

INDICAÇÃO DE ISOLAMENTO OU PRECAUÇÃO POR DOENÇA INFECCIOSA					
Doença	Transmissão	Fonte	Precaução	Duração	Observação
Adenovirose	Inalatória	Secreção da VAS	PR	-	-
AIDS	Sexual e parenteral	Sangue e secreção	PR / PC	Durante a doença	Atenção para outras infecções associadas
Caxumba	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 9 dias do início da doença	A transmissão começa 6 dias antes dos sintomas
Citomegalovirose	Inalatória	Secreção da VAS e sangue	PR	Durante a internação	-
Cólera	Fecal-oral	Fezes e vômitos	PP	Durante a doença	-
Condilomatose	Sexual	Secreção da lesão	PP	Durante a doença	-
Conjuntivite	Contato	Secreção ocular	PP	Durante a doença	Se gonocócica manter em PC
Coqueluche	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 7 dias início tratamento	-
Dengue	Picada de inseto	Mosquito Aedes Aegypti	PP	-	Não há risco de transmissão inter-humana
Diarreia bacteriana	Fecal-oral	Fezes	PP	Fecal-oral	Caso o paciente esteja incontinente ou utilizando fraldas manter PC
Difteria faríngea	Inalatória	Secreção da lesão	PC	2 culturas negativas	-
Difteria faríngea	Inalatória	Secreção da VAS	PC e PR	2 culturas negativas	-
Escabiose	Contato direto e fômites	Paciente infestado	PC	72 hs após início	Acondicionar roupas em sacos plásticos
Estafilococcia tegumentar	Contato	Secreção da	PC	Durante a	-

		lesão		doença	
Febre tifoide	Fecal-oral	Fezes	PP	Até 3 culturas negativas	-
Hepatite A	Fecal-oral	Fezes	PP	1º 15 dias de icterícia	A transmissão começa 15 dias antes da icterícia
Hepatite E	Fecal-oral	Fezes	PP	Ignorado	-
Hepatite B D e G	Parenteral e sexual	Sangue e secreções sexuais	PP	Durante internação	-
Hepatite C	Parenteral	Sangue	PP	Durante a internação	-
Herpes simples disseminado	Contato	Secreção das vesículas	PC	Durante a doença	-
Herpes zoster localizada	Contato	Secreção das vesículas	PP	Até caírem as crostas	-
Herpes zoster disseminada	Inalatória e contato	Secreção respiratória e vesículas	PR e PC	Até caírem as crostas	Quarto privativo obrigatório
Infecções por germes multirresistentes	Contato	Fluido e secreção drenada	PC	Durante a internação	Quarto privativo recomendável, obrigatório se secreção não puder ser contida. Se pneumonia por pneumococo multirresistente associar PR
Influenza	Inalatória	Secreção de VAS	PR	-	-
Leptospirose	Contato	Urina de rato infectado	PP	Durante a doença	Não descrita transmissão inter-humana
Meningite por Neisseria meningitidis	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 24 hs após início do tratamento	Quarto privado nas 1º 24 horas é obrigatório
Meningite por hameophilus influenza	Inalatória	Secreção respiratória	PR	Até 24 hs após melhora	Quarto privativo obrigatório

				clínica	
Meningites outras etiologias			PP		Não há necessidade de isolamento
Pediculose	Conat o direto e fômites	Pacie nte infectado	PC	72 hs após início do tratamento	Acondicio nar roupas em sacos plásticos
Pneumonia por micoplasmapneu moniae	Inalató ria	Secr eção de VAS	PR	-	-
Rubéola	Inalató ria	Secr eção de VAS	PR	Até 5º dia após início	-
Rubéola Congênita	Inalató ria e contato	Sang ue e secreções	PR e PC	Até 1 ano de idade	Transmis são começa ao nascimento
Sarampo	Inalató ria	Secr eção respiratória	PR	Até 7º dia após início exantema	Transmis são começa no período prodrômico, máscara “respirador” específico (N95)
Tuberculos e pulmonar e laríngea	Inalató ria	Secr eção respiratória	PR	Até 15 dias do início do tratamento ou até 2 resultados de baciloscopia de escarro em pacientes anti-HIV + ou sem melhora clínica com tratamento	Máscara “respirador” específico (N95)
Tuberculos e de outros órgãos			PP		Habitual mente não transmissível
Varicela	Inalató ria e contato	Secr eção de vesículas e de VAS	PR e PC	Até caírem as crostas	Quarto privativo obrigatório, máscara (N95)
Gripe A (H1N1)	Inalató ria e contato	Secr eção de mucosa nasal e VAS	PR e PC		Quarto privativo obrigatório, máscara N95

POP 104 - LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Limpeza concorrente - É feita diariamente após o banho do paciente e arrumação do seu leito. Consiste na limpeza de parte do mobiliário da unidade do paciente.
RECURSOS	5. Álcool a 70%; 6. Água e sabão se necessário; 7. Panos de limpeza; 8. Luvas de procedimento.
MÉTODO	15. Lavar as mãos; 16. Preparar o material; 17. Explicar o procedimento ao paciente; 18. Calçar as luvas; 19. Avaliar as condições de limpeza do leito do paciente; 20. Embeber o pano de limpeza com álcool a 70%; 21. Limpar as laterais do leito com pano sempre no sentido da cabeceira para os pés e do lado mais distante para o mais próximo; 22. Limpar a cabeceira e os pés do leito por último; 23. Trocar o pano embebido em álcool e limpar a mesa de cabeceira iniciando pela parte interna e a seguir a parte externa; 24. Deixar a mesa de cabeceira em ordem; 25. Desprezar os panos de limpeza no hamper; 26. Desprezar as luvas; 27. Lavar as mãos; 28. Revisar o painel de gases se necessário.
OBSERVAÇÕES	✓ A limpeza concorrente da unidade do paciente deve ser realizada pelo funcionário da enfermagem uma vez a cada plantão; ✓ A limpeza do carrinho de banho, carrinho de parada, carrinhos de medicação e de curativo, deverá ser feita uma vez por plantão pela enfermagem, com fenol sintético; ✓ Os panos de limpeza utilizados na limpeza terminal ou concorrente deverão ser enxaguados quantas vezes forem necessárias, na bacia utilizada para este fim; ✓ Ao realizar a limpeza concorrente, limpar a unidade com água e sabão, caso esteja suja de sangue ou secreção;

	✓ Utilizar movimentos simples e amplos em um só sentido; ✓ Observar a sequência da limpeza (do mais limpo para o mais contaminado, evitando sujar as áreas limpas); ✓ Evitar molhar o chão.
--	---

POP 105 - LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE	
AGENTES	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Limpeza Terminal - É a limpeza completa da unidade do paciente após: alta, óbito ou transferência.
RECURSOS	9. Sabão ou detergente (manter na cuba-rim e não dentro da bacia); 10. Luvas de procedimento; 11. Panos de limpeza (lavar, enxaguar e secar); 12. Recipiente para lixo; 13. 02 bacias com água; 14. Cubra-rim (pode ser substituída por copo descartável ou saquinho de plástico); 15. Balde; 16. Hamper.
MÉTODO	26. Lavar as mãos; 27. Reunir o material; 28. Abrir portas e janelas para ventilação do quarto; 29. Calçar luvas de procedimento; 30. Soltar a roupa de cama, enrolando cada peça, inclusive o cobertor e colocar o hamper, evitando movimentos bruscos (o hamper deverá estar fora do quarto do paciente); 31. Colocar o balde no chão sobre o papel toalha, próximo à mesa de cabeceira; 32. Colocar quantidade de água necessária na bacia; 33. Afastar a cama da parede, deixando espaço suficiente para realização da limpeza; 34. Limpar a cadeira com exceção dos pés, usando pano de limpeza úmido e ensaboado. Em seguida lavar o pano e enxaguar a cadeira. Enxugar com outro pano; 35. Limpar a metade proximal do colchão, inclusive a face lateral; 36. Virar o travesseiro sobre a área limpa do colchão; limpar o outro lado e colocá-lo sobre a cadeira; 37. Passar para o outro lado e limpar a outra metade do colchão, inclusive a face lateral; 38. Colocar o colchão sobre a grade dos pés da cama, expondo a metade superior do estrado;

	39. Limpar a grade e estrado da cabeceira até o meio da cama; 40. Virar o colchão apoiando-se sobre a grade da cabeceira de modo que a parte limpa do colchão fique em contato com a parte limpa da cama; 41. Limpar a parte inferior da cama (estrado, laterais, molas, grades e manivelas); 42. Colocar o colchão de modo que a parte suja fique para cima e proceder a limpeza do mesmo; 43. Limpar a mesa de cabeceira por dentro e por fora. Deixar um pouco aberta para ventilar; 44. Limpar o suporte de soro, a campainha e o painel; 45. Limpar os pés da cama, da cadeira e do suporte de soro e por último a escadinha; 46. Recolher o material da cadeira e com a mão livre, repassar o assento da cadeira; 47. Levar o material para o expurgo, lavar, enxugar e guardar nos locais adequados e proceder ao preparo do leito; 48. Lavar as mãos, pegar as roupas para arrumação da cama. Se possível deixar para arrumar minutos antes da admissão. 49. Comunicar ao serviço de limpeza (higienização) para realização da limpeza do quarto; 50. Identificar a limpeza: data, hora e funcionamento.
OBSERV AÇÕES	✓ A limpeza terminal da unidade do paciente deve ser realizada pelo funcionário da enfermagem após alta, transferência ou óbito; ✓ O produto utilizado para a limpeza terminal da unidade deverá ser fenolsintético. ✓ No caso da limpeza concorrente, usar álcool a 70%; ✓ Os panos de limpeza utilizados na limpeza terminal ou concorrente deverão ser enxaguados quantas vezes forem necessárias, na bacia utilizada para este fim; ✓ Utilizar movimentos simples e amplos em um só sentido; ✓ Observar a sequência da limpeza (do mais limpo para o mais contaminado, evitando sujar as áreas limpas); ✓ Evitar molhar o chão.

zPOP 106 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba: 4. Lavagem básica das mãos; 5. Antissepsia das mãos com álcool 70%; 6. Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços. Tem o objetivo de: 2. Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele. Duração do procedimento: 40 a 60 segundos. Abrangência: Toda a equipe de saúde. Quando lavar as mãos? • Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; • Ao iniciar o turno de trabalho; • Antes e após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições; • Antes de preparo de alimentos; • Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
RECURSOS	4. Sabão líquido; 5. Água corrente; 6. Papel toalha.
MÉTODO	7. Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; 8. Mantenha se possível, a água numa temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele), coloque o sabão líquido (2ml); 9. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;

	10. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 11. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 12. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
OBSERVAÇÕES	✓ Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais; ✓ Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso); ✓ Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.

POP 107 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	A higienização das mãos com preparação alcoólica pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não tiverem visivelmente sujas, reduzindo a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). Duração do procedimento: 20 a 30 segundos. Abrangência: Toda a equipe da saúde. Quando higienizar as mãos com preparação alcoólica a 70%: • Antes do contato com o paciente; • Após o contato com o paciente; • Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; • Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; • Após risco de exposição a fluidos corporais; • Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, durante o cuidado ao paciente; • Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; antes e após remoção de luvas (sem talco).
RECURSOS	2. Preparação alcoólica a 70% para uso hospitalar (com glicerina, conforme especificação do SCIH).
MÉTODO	12. Aplicar na palma da mão quantidade do produto para cobrir todas as superfícies da mão; 13. Friccionar as palmas das mãos entre si; 14. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; 15. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; 16. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa; 17. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; 18. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa; 19. Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;

	20. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa; 21. Friccionar os punhos com movimentos circulares; 22. Deixar as mãos secarem naturalmente.
OBSERVAÇÕES	✓ Para evitar ressecamento e dermatites, não higienize as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de usar uma preparação alcoólica. ✓ Depois de higienizar as mãos com preparação alcoólica, deixe que elas sequem completamente (sem utilização de papel toalha). ✓ Recomenda-se que após 05 (cinco) aplicações de álcool realize-se uma lavagem de mãos.

POP 108 - ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	Tem como finalidade a eliminação da microbiota transitória da pele e a redução da microbiota residente, além de promover o efeito residual na pele do profissional. Duração do procedimento: 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes. Abrangência: Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Cirurgia Ambulatorial, Emergência Cirúrgica, Unidades de Internação prévia a procedimentos cirúrgicos e invasivos. Executor: Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar em Enfermagem, Instrumentador Cirúrgico e Acadêmicos quando participarem do ato cirúrgico. Quando realizar a antisepsia cirúrgica das mãos e antebraços? • Antes da realização de procedimentos cirúrgicos.
RECURSOS	1. Escovinhas com antissépticos; água toalhas ou compressas estéreis.
MÉTODO	7. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos; 8. Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes; 9. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova com água corrente; 10. Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço mantendo as mãos acima dos cotovelos; 11. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor; 12. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.
OBSERVAÇÕES	✓ As cerdas são utilizadas somente para limpeza das unhas. A parte macia da esponja é utilizada para todo o restante do procedimento.

POP 109 - USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPIs	
AGENTES	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
CONCEITO	O Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser usado quando se prevê uma exposição a material biológico e a produtos químicos tóxicos. Tem por objetivo a proteção do funcionário, podendo também ser utilizado na proteção do paciente ou de materiais que se esteja manipulando e se deseje garantir a não contaminação. A adequação do EPI está diretamente vinculada à atividade desenvolvida. São indicados nas áreas clínicas e de apoio diagnóstico. Deve-se almejar a proteção total quando se identifica um risco aumentado de exposição. Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH
RECURSOS	➤ TIPOS DE EPIs: ✓ Máscara com filtro químico: indicada para quando o profissional necessite manipular substâncias químicas tóxicas, tais como germicidas com emissão de fortes odores ou a partir da recomendação dos fabricantes. ✓ Máscara PFF2/N95: indicada para a proteção de doenças por transmissão aérea: tuberculose, varicela, sarampo e Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARG). São de uso exclusivo do profissional da saúde para precaução com aerossóis. A máscara PFF2 não tem tempo definido de uso, podendo ser reutilizada se não estiver suja, úmida ou dobrada, para tanto, sugerimos que se guarde na embalagem original ou no bolso, preferencialmente em saco plástico poroso, sem lacre para evitar a umidade e proliferação de micro-organismos. Seu uso é sempre individual. ✓ Máscara com protetor facial: utilizada pelos profissionais de saúde. Recomendamos o seu uso para intubação em casos de emergência. ✓ Luvas de borracha: proteção da pele à exposição de material biológico e produtos químicos. Deve possuir cano longo quando se prevê uma exposição até antebraço. Manter as luvas de borracha

sempre secas interna e externamente. Observar a lavagem das luvas após o uso por dentro e por fora, secar com pano e lembrar-se de lavar as mãos após a retirada das mesmas.

- ✓ **Luvras de procedimento:** devem ser usadas pelos profissionais da saúde, e trocadas após contato com cada paciente ou entre os diversos procedimentos em um mesmo paciente, ao manusear objetos ou superfícies sujas de sangue e/ou líquidos, para punções venosas e outros procedimentos. É proibido o uso coletivo de luvas com os pacientes, por exemplo, quando vai se verificar sinais vitais. É proibida a lavagem das luvas. É proibido o uso de luvas de procedimento para limpeza hospitalar. Sempre que for executar os serviços, seguir a regra de tipos de luvas: procedimentos, estéreis ou de borracha dependendo do procedimento.
- ✓ **Óculos de acrílico:** proteção de mucosa ocular. Deve ser de material acrílico que não interfira com a acuidade visual do profissional e permita uma perfeita adaptação à face. Deve oferecer proteção lateral e com dispositivo que evite embaçar. Devem ser usados em procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando-se assim exposição da mucosa dos olhos. Por exemplo, no momento de aspiração de secreções. Podem ser utilizados sobre os óculos de grau.
- ✓ **Protetor facial de acrílico:** proteção da face. Deve ser de material acrílico que não interfira com a acuidade visual do profissional e permita uma perfeita adaptação à face. Deve oferecer proteção lateral. Indicado durante a limpeza mecânica de instrumentais (Central de Esterilização, Expurgos), área de necrópsia e laboratórios.
- ✓ **Avental impermeável, Capote de manga comprida:** para a proteção da roupa e pele do profissional. Utilizar sempre que houver risco de contato com materiais biológicos. O avental na situação de precaução de contato deve ser colocado apenas se houver contato

direto com o paciente. São pré-definidas cores de avental para cada situação:

Laranja: precauções e isolamentos;

Branco: para procedimentos;

Verde claro: para precauções na UTI;

Azul: para procedimentos estéreis.

- ✓ **Descartáveis:** são utilizados em situações especiais, como preparo e administração de quimioterápicos.

O avental em situação de precaução de contato (laranja), desde que não esteja úmido ou com secreções, pode ser reutilizado no mesmo paciente (deixá-lo pendurado no quarto do paciente, sendo de uso individual para cada profissional e nos cuidados de cada paciente em precaução).

- ✓ **Avental impermeável:** usar quando estiver lavando os materiais e instrumentais na área suja.

- ✓ **Avental plástico:** usar para procedimentos com grande quantidade de sangue e/ou secreções.

- ✓ **Uniforme:** trazer para o trabalho seu uniforme limpo e levá-lo para casa dentro de saco plástico. Será fornecido o uniforme para áreas restritas (calça e túnica), que deverão ser utilizados durante a assistência aos pacientes.

- ✓ **Bota ou sapato fechado impermeável:** proteção da pele do profissional, em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, expurgos, central de esterilização, áreas de necrópsia, situações de limpeza ambiental e outros).

- ✓ **Sapato: fechado e limpo.** Poderá ser o mesmo utilizado fora do ambiente hospitalar. Considerar a possibilidade de sapato de uso apenas no local do trabalho se houver condições de guarda adequada. De acordo com a NR 32 do Ministério do Trabalho

	recomenda-se o uso de sapatos fechados na assistência à saúde. Apesar de não possuir registro como EPI na assistência à saúde, a máscara cirúrgica e o gorro são considerados dispositivos que asseguram, também, a proteção do profissional. ✓ Máscara cirúrgica: indicada para proteção da mucosa oro-nasal bem como para a proteção ambiental de secreções respiratórias do profissional. A máscara deve possuir gramatura que garanta uma efetiva barreira, tem sido recomendada que seja confeccionada com no mínimo três camadas, utilizada em precaução por gotículas pelos profissionais da saúde e nos pacientes na suspeita ou confirmação de doenças transmitidas de forma respiratória (por aerossóis ou gotículas). Recomendamos o uso de máscaras nos procedimentos de punção lombar. ✓ Gorro: proteção de exposição dos cabelos e couro cabeludo à matéria orgânica ou produtos químicos, bem como proteção ambiental a escamas do couro cabeludo e cabelos. ✓ Máscaras de vapores: utilizar sempre que houver indicação da Enfermagem ou Médico em caso de isolamentos ou quando houver exposição a produtos químicos passíveis de inalação, por exemplo, na desinfecção com glutaraldeído cujo uso é obrigatório. Devem ser usadas em procedimentos que possam gerar respingos de sangue ou líquidos, evitando-se assim exposição da membrana mucosa da boca, nariz e olhos.
MÉTODO	Utilizar EPIs sempre ao realizar qualquer procedimento, de acordo com a necessidade do procedimento.
OBSERVAÇÕES	✓ Conforme dispõe a Norma Regulamentadora nº6 do Ministério do Trabalho e do Emprego, “[...] considera-se Equipamento de Proteção Individual (EPI) todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”. ✓ Embora a Norma seja taxativa com relação ao uso de EPIs, os equipamentos a serem usados têm de ser previamente aprovados pelo mesmo Ministério, e seu fornecimento é feito sempre de forma gratuita a todos os trabalhadores que deles necessitarem.

	✓ É exatamente por isso que a escolha de Equipamentos de Proteção Individual de qualidade é tarefa obrigatória de todo empregador. ✓ Algumas profissões exigem equipamentos bastante seguros e específicos para o seu exercício. É o caso, por exemplo, dos trabalhadores que exercem a profissão de enfermagem. ➤ Obrigações do Empregador: • Fornecer os EPIs adequados às atividades; • Instruir e treinar os funcionários quanto ao uso dos EPIs; • Fiscalizar e exigir o uso dos EPIs; • Repor os EPIs quando danificados. ➤ Obrigações do Empregado: • Usar e conservar seus EPIs. Seguir orientação do Manual de Rotinas e Protocolos SCIH
--	---

POP 110 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
AGENTES	Enfermeiros
CONCEITO	• Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência; • Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; • Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde; • Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência
RECURSOS	O objetivo da sala de classificação de risco é dar maior eficiência ao atendimento, efetuando uma primeira avaliação do paciente para, somente então, encaminhá-lo às áreas de diagnóstico e tratamento. Esta avaliação é feita pela enfermeira. A consulta de enfermagem, por sua vez, tem como objetivo agilizar o atendimento através da diminuição do tempo da consulta médica, cuidando a equipe de enfermagem de levantar as primeiras informações sobre o paciente, anotando seus dados antropomórficos, tomando sua temperatura e verificando sua pressão arterial e dextro quando necessário. A sala de classificação será identificada e estará localizada próxima da recepção. Dos mobiliários deverá ter mesa e cadeiras, monitor multiparemetros, aparelho de pressão, aparelho glicemia capilar, termômetro, computador.
MÉTODO	Lavar as mãos Enfermeiro deverá realizar a classificação de risco Determinar a cor de prioridade (azul, verde, amarelo ou vermelho) Encaminhar ao consultório e especialidade necessária naquele

	momento Seguir protocolo de classificação de risco Lavar as mãos
OBSERVAÇÕES	✓ Prevenir acidentes perfurocortante: cuidado com uso, manipulação, limpeza e descarte de agulhas ou dispositivos para aferição de glicemia capilar. ✓ O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados e resistentes, de acordo com a norma IPT NEA 55. ✓ Os recipientes devem estar localizados o mais próximo possível da área de uso e seu limite de preenchimento (delimitado por uma linha tracejada) deve ser respeitado e o coletor prontamente substituído.

POP 111 – TRANSFERENCIA DE PACIENTE PELO MAQUEIRO	
AGENTE S	Maqueiro
CONCEITO	•Executar a transferência segura dos pacientes no ambiente intra-hospitalar, visando alocar o mesmo na unidade mais apropriada para a sua recuperação.
RECURSOS	Maca; cadeiras de rodas Luvas de procedimento, se necessário; Lençol móvel; Vestuário adequado.
MÉTODO	Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. Ao maqueiro compete: • Receber o plantão; • Registrar em livro Ata os equipamentos recebidos no plantão; • Registrar em livro Ata as intercorrências durante o transporte e comunicar a chefia imediata do setor; • Executar a transferência dos pacientes de forma segura entre as unidades; • Cumprir as normas e regulamentos da Instituição, bem como as rotinas operacionais da sua Unidade; • Executar as transferências, altas, óbitos dos pacientes; • Dar baixa nos equipamentos danificados, entregando-os no setor de Patrimônio devidamente protocolado e anotado em livro Ata; • Conhecer e nortear suas ações fundamentado no Manual de Procedimentos Operacionais(POP); • Padrão (POP) em sua prática diária. • Retirar e guardar próteses e acessórios dos pacientes em situações em que é necessário, bem como a entrega dos mesmos ao responsável pelo paciente e posterior registro do procedimento realizado; • Participar do processo acolhimento com classificação de risco, transferindo os pacientes para as unidades solicitadas; • Conhecer e manusear material imprescindível ao transporte de pacientes. • Administrativa: Zelar pela organização do local de trabalho, bem como todos os equipamentos de transporte e os registros internos da sua Unidade. • Notificar a equipe de enfermagem toda e qualquer ocorrência administrativa e/ou eventos adversos durante o transporte do paciente; Para transportar o paciente com o auxílio do lençol: • Aproximar a maca e cama paralelamente entre si; • Posicionar duas pessoas de cada lado da cama/maca; • Segurar o lençol de maneira que os braços dos transportadores fiquem alternados no meio e a cabeça do paciente apoiada;

	• Passar o paciente em um só movimento para a cama ou maca (um membro da equipe conta até três em voz alta e toda a equipe move o paciente no três); Para transportar o paciente sem o auxílio do lençol: • Posicionar a maca paralelamente à cama; • Posicionar-se ao lado da cama/maca; • Verificar a presença de tubos, drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa; • Oferecer apoio à região torácica, região lombar e o terço inferior das coxas do paciente; • Elevar o paciente e com um movimento simultâneo transportá-lo cuidadosamente para a maca ou cama; • Posicionar o paciente de forma segura e confortável; • Deixar o leito em ordem e retirar a maca; • Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado; • Higienizar as mãos;
OBSERVAÇÕES	• Sustentar o paciente com segurança quando for preciso tirá-lo da maca para colocá-lo no leito, o mesmo pode sentir medo de cair, o que pode ocorrer sem essa sustentação. • O transporte do paciente em qualquer situação deve acontecer de maneira sincronizada, a fim de evitar deslocamentos musculoesqueléticos ou quedas. • Certificar-se que o lençol móvel oferece resistência necessária para o transporte do paciente até a maca, preservando sua segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **AULA TEÓRICA Nº 01 – EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.** Disponível em:<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABoWcAG/aula-teorica-1-execucao-dos-procedimentos.>>
- HARADA, M. de J. C. S. et al. **Passagem de plantão.** 2010. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_9.pdf.>
- LESALVA, C. Melhoria de processo assistencial: passagem de plantão. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 7., M 2012. **Anais.** São Paulo: HIAE, 2012. COREN-SP. **Anotações de enfermagem.** Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.corensp.com.br/downloads/manual-anotações-enfermagem-coren-sp.pdf>.>
- COREN-SP. **Anotações de enfermagem.** Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.corensp.com.br/downloads/manual-anotações-enfermagem-coren-sp.pdf>.>
- **Resolução Cofen 358/2009.** Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.>
- Alfaro-Lefevre, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2005.
- Johnson M, Maas M, Moorhead S. **Classificação dos resultados de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- NANDA Internacional, **Diagnósticos de Enfermagem** da NANDA - Definições e Classificação. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- CARPENITO, 2002 pag 33
- McCloskey JC, Bulechek GM. **Classificação das intervenções de enfermagem.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- **Revista Brasileira de Enfermagem** REBEN 2005 Maio - Junho, p. 58.
- PADILHA, K. G. et al (Org.). **Enfermagem em UTI:** cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010. 1431 p.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processos e prática. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- **PARECER COREN-SPCT037/2013.** PRCI nº 100.547. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_37.pdf.>
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- **MANUAL DE NORMAS E ROTINAS.** Disponível em: <<http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Atividades%20de%20enfermagem%20na%20area%20hospitalar.pdf>.>
- **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO- DIR/001/2000.** Disponível em:<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_017.pdf.>
- **Sinais Vitais e outras técnicas básicas.** Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/Motta_MG__Leito_S_2011_Sinais_Vitais.pdf.>
- Portal da Educação. **Controle de diurese.** Disponível em:

< <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/30299/control-de-diurese>.>

- Sérgio Luz. Portal da Enfermagem. **Controle de diurese** - Adulto. Disponível em:
<http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=271>.
- **Pressão Venosa Central (PVC).** Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/32376/pressao-venosa-central-pvc>>
- **Eletrodos do Eletrocardiograma.** Disponível em: <<http://pt.my-ekg.com/generalidades-ecg/eletrodos-ecg.html>>
- Amorim FDB, Flores PVP, Bosco PS et al. **O aprazamento de medicamentos pautado na segurança do paciente: um alerta para a prática de enfermagem.** Revista de enfermagem. UFPE online. Pernambuco, 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8407>.
- ENFERMAGEM DIA A DIA: SEGURANÇA DO PACIENTE/ www.coren.sp.gov.br Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Maria de Jesus Castro Souza Harada. São Caetano do Sul; SP. Yendis Editora 2009.
- COREN-DF. Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Enfermagem. **Manual de procedimentos de enfermagem.** Brasília, 2012. Disponível em:
<<http://www.coren-df.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>>.
- Coren- SP. Parecer Cat nº 020/2010 - Assunto Terapia Intravenosa. Disponível em:
<portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_20.pdf>.
- Coren - DF. Parecer Técnico nº 15/2010 Assunto Quanto ao Enfermeiro ter autonomia legal para prescrever catéter venoso maleável salinizado.
- HONORIO MO, nascimento KC. Acesso Venoso Periférico, Santa Catarina. 2007 [Acessado em 7/08/13. Disponível em [http:// www. Ver.sc. gov.br](http://www.ver.sc.gov.br).
- **Manual de Normas de Vacinação – BVS/MS – Ministério da Saúde.** Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_normas_vac.pdf>
- **Nota Técnica Vacinação Antirrábica Humana 2016.** Disponível em:
<<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-pasteur/paginas-internas/nota-tecnicas/nota-tecnica-vacinacao-antirrabica-humana-2016>>
- **Tubos para coleta de sangue - Biomedicina Brasil.** Disponível em: <<http://www.biomedicinabrasil.com/2011/12/tubos-para-coleta-de-sangue.html>>
- **MANUAL DE COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO - Unifesp.** Disponível em: <www.unifesp.br/dmed/patologiaclinica/laboratorio...de-coleta.../file>
- Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário. Diretoria de enfermagem. **Manual dos cuidados de enfermagem em paciente candidatos a transplante hepático.** Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/documentos/manual_candidatos_transplante_hepatico.pdf>
- **O que é tricotomia?** - Artigos de Enfermagem - Portal Educação. Disponível em:
<<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/30480/o-que-e-tricotomia>>
- **Atualização no Protocolo de RCP | ENFERMAGEM VIRTUAL.** Disponível em:
<<http://www.enfermagemvirtual.net/2013/07/atualizacao-no-protocolo-de-rcp-2013.html>>
- **Passo-a-passo para o Atendimento da Parada Cardiorrespiratória no Hospital.** Disponível em:
<<http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/atendimento-de-enfermagem-na-parada-cardiorrespiratoria-no-ambiente-intra-hospitalar-de-acordo-com-as-diretrizes-da-american-heart-association-2015/>>
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2009

- KUSAHARA, D. M.; CHANES, D. C. **Boas práticas: dreno de tórax**. 2011. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>>
- Prefeitura de Ribeirão Preto. **Lavagem intestinal**. POP 009. Secretaria de Saúde. Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/enferm/po-lav_intestinal_2012.pdf>
- SANTOS, V. C. Et al **Técnicas Básicas de Enfermagem/ Organizadoras I: 3ª Ed.**São Paulo- SP: Martinari; 2009.
- POTTER, P. A. **Fundamentos de Enfermagem**. 6ª Ed. Rio de Janeiro- RJ: Elsevier; 2006.
- VIANA, I. D. **Boas Práticas de Enfermagem. Enfermagem Manuais 1:** São Caetano do Sul- SP: Yendis; 2010.
- [Banhos - HU/UFSC](#). Disponível em:<http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/CONFORTO_SONO_REPOUSO/BANHOS.pdf>
- SOBEST. Associação Brasileira de Estomoterapia. **Fístulas, drenos ou cateteres**. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_jumi&fileid=14&Itemid=100&action=view_article&view_t_rab_id=200223>
- Piva, J. P, Carvalho, P., Garcia, P.C. **Terapia intensiva em pediatria**. 3ª Ed. São Paulo. MEDSI. 1992.
- BOAS PRÁTICAS - DRENO DE TÓRAX. Disponível em:<<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>>
- **CURATEC**. Materiais médico-hospitalares. Disponível em:<<http://curatec.com.br/loja/filme-transparente-esteril-10-cm-x-12-cm.html>>
- **3M do Brasil**. Materiais médico-hospitalares. Disponível em: <http://solutions.3m.com.br/wps/portal/3M/pt_BR/MedicoHospitalar/Home/ProdutSolucoes/Curativos/>
- **Instituto de Ortopedia e Fisioterapia**. Disponível em:
<http://www.iof.com.br/int_default.php?p=artigos/art_fraturas>
- [Enfermagem I.pdf - enfermagem - 33 - Passei Direto](#). **Restrição do paciente**. Disponível em:<<https://www.passeidireto.com/arquivo/23240212/enfermagem-ipdf/3>>
- **TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM** - Unidade do Paciente. Disponível em:
<<http://enfermageml.blogspot.com/2010/08/tecnicas-basicas-em-enfermagem-unidade.html>>
- NASCIMENTO, M. A. de L.; MORAES, M. de P.; GHIDINI JUNIOR, R.; GIANNINI, E. L. O cuidado de enfermagem com o corpo sem vida. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 168-171. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a22v16n1.pdf>>
- **Gasometria Arterial**. Disponível em: <<https://saladeenfermagem.com/tag/gasometria-arterial/>>
- **Saúde do trabalho, conscientização e uso de EPI's e EPC's**. Disponível em:
<<http://www.imtep.com.br/site/servicos/cursos-e-treinamentos/palestras/saude-do-trabalho-conscientizacao-e-uso-de-epis-e-epcs/>>
- **PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO DE PACIENTES** – Hospital Santa Rita. Disponível em:<http://www.hospitalsantarita.com.br/file/SCIHN03-PRECAUCAO_E_ISOLAMENTO_DE_PACIENTES.pdf>

- **Protocolo de Pronto Atendimento 24 horas UNIMED.**
- **GUIA BÁSICO DE PRECAUÇÕES, ISOLAMENTO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE**
- **INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.** Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf>
- **POP's PROTOCOLOS GERAIS.** Disponível em:
<<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/manuais.php?Origem=3>>
- **LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS COMO MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IRAS.** Ana Luiza Rammé.
Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1335381338_Limpeza,%20Desinfec%C3%A7%C3%A3o%20e%20Esteriliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Artigos%20como%20Medidas%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controle%20de%20IRAS.pdf>
- **EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NA PREVENÇÃO DO RISCO BIOLÓGICO E QUÍMICO NA ÁREA DE SAÚDE.** Disponível em:
<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/TODO_Material_2010/ROTINA%20A%20-%20MEDIDAS%20DE%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20E%20CONTROLE%20DAS%20INFEC%C3%87%C3%95ES%20HOSPITALARES/ROTINA%20A%202%20-%20EPI%202.pdf>

ANEXOS

- I - Siglas e Abreviaturas
- II - Impresso de Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (frente e verso)
- III - Diagnósticos de Enfermagem Agrupados em Padrões de Saúde
- IV - Impresso de Balanço Hídrico (frente e verso)
- V - Escala de Glasgow
- VI - Precauções: De Contato
- VII - Precauções: Para Aerossóis
- VIII - Precauções: Para Gotículas
- IX - Higienização das mãos
- X - Higienização das mãos com álcool gel ou espuma
- XI - Assepsia cirúrgica das mãos e antebraços

ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS

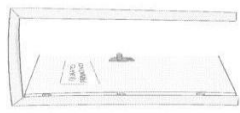
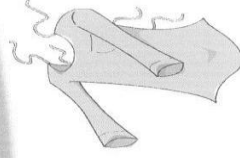
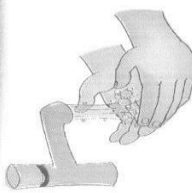
ACM	a critério médico
AP/AMP	ampola
AVP	acesso venoso periférico
BIC	bicarbonato de sódio
Ca	cálcio
CA	câncer
Cáp	cápsula
CCG	cuidados e controles gerais
COT	cânulaorotraqueal
CP/comp	comprimido
CPM	conforme prescrição médica
DDE	decúbito dorsal elevado
DDH	decúbito dorsal horizontal
DLD	decúbitolateral direito
DLE	decúbito lateral esquerdo
EV	endovenoso
FAP	frasco ampola
FR	frasco
g	grama
Gt/GTS	gotas
h	horas
HTD ou E	Hemitórax direito ou esquerdo
ICVJD ou E	Intracatéter em veia jugular direita ou esquerda
IM	intramuscular
IV	intra venoso
KCl	cloreto de potássio
Kg	quilograma
L	litro
mcg	micrograma
mEq	miliequivalente
mg	miligrama
Mg	magnésio
MIE ou D	membro inferior esquerdo ou direito
mL	mililitro
MMII	membros inferiores
MMSS	membros superiores
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS	
MSD ou E	membro superior direito ou esquerdo
MTN	manhã tarde noite
NaCl	cloreto de sódio
NBZ	nebulização
NPP	nutrição parenteral prolongada
NPT	nutrição parenteral total
OVAS	obstrução de vias aéreas superiores
PA	pressão arterial
PAM	pressão arterial média
PANI	pressão arterial não invasiva
PMV	para manter veia

POI	pós-operatório imediato
POT	pós-operatório tardio
PVC	pressão venosa central
QT	quimioterapia
S/N	se necessário
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	subcutâneo
SF	solução fisiológica
SG	solução glicosada
SGF	soroglicofisiológico
SL	sublingual
SNE	sondanasoenteral
SNG	sondanaso-gástrica
SsVv	sinais vitais
SVA	sonda vesical de alívio
SVD	sonda vesical de demora
TOT	tuboorotraqueal
TQ	traqueostomia
UI	unidades internacionais
VJD	veia jugular direita
VJE	veia jugular esquerda
VO	via oral
VPP	ventilação com pressão positiva
VR	via retal

ANEXO V – ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comando	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Precauções de Contato



Higienização das mãos

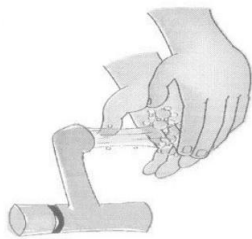
Avental

Luas

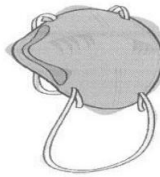
Quarto privativo

- **Indicações:** infecção ou colonização por microorganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.
- Use luvas e avental durante toda a manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

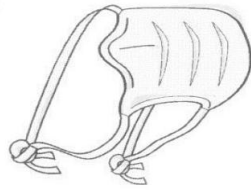
Precauções para Aerossóis



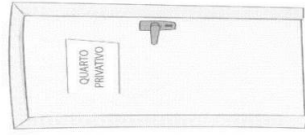
Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



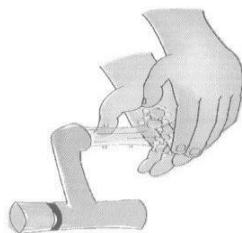
Quarto privativo

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os pérfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRES fechada e coloque a máscara PFF2 (N95) antes de entrar no quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microorganismo.
- Pacientes com suspeita ou confirmação de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

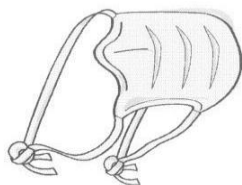


ANVISA
Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

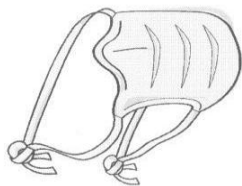
Precauções para Gotículas



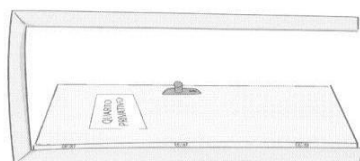
Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Indicações:** meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microorganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

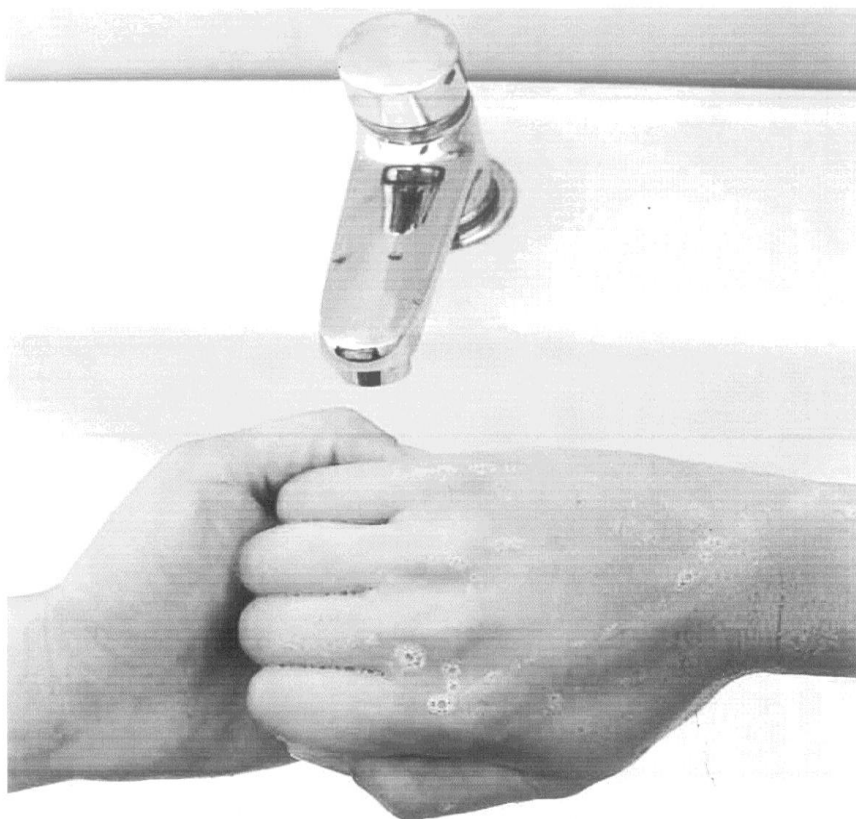
Ministério
da Saúde

ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106





ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106



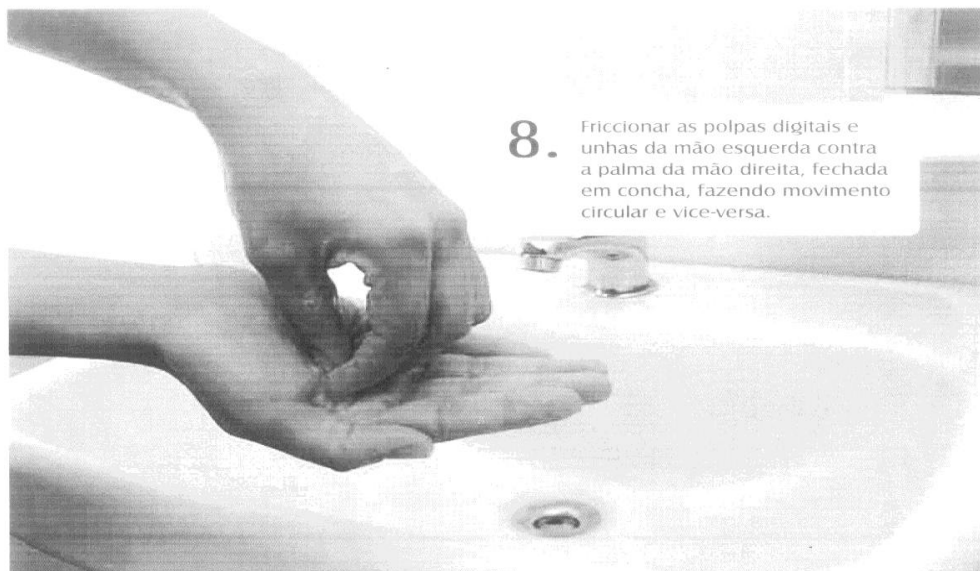
- 6.** Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106

7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.



ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106

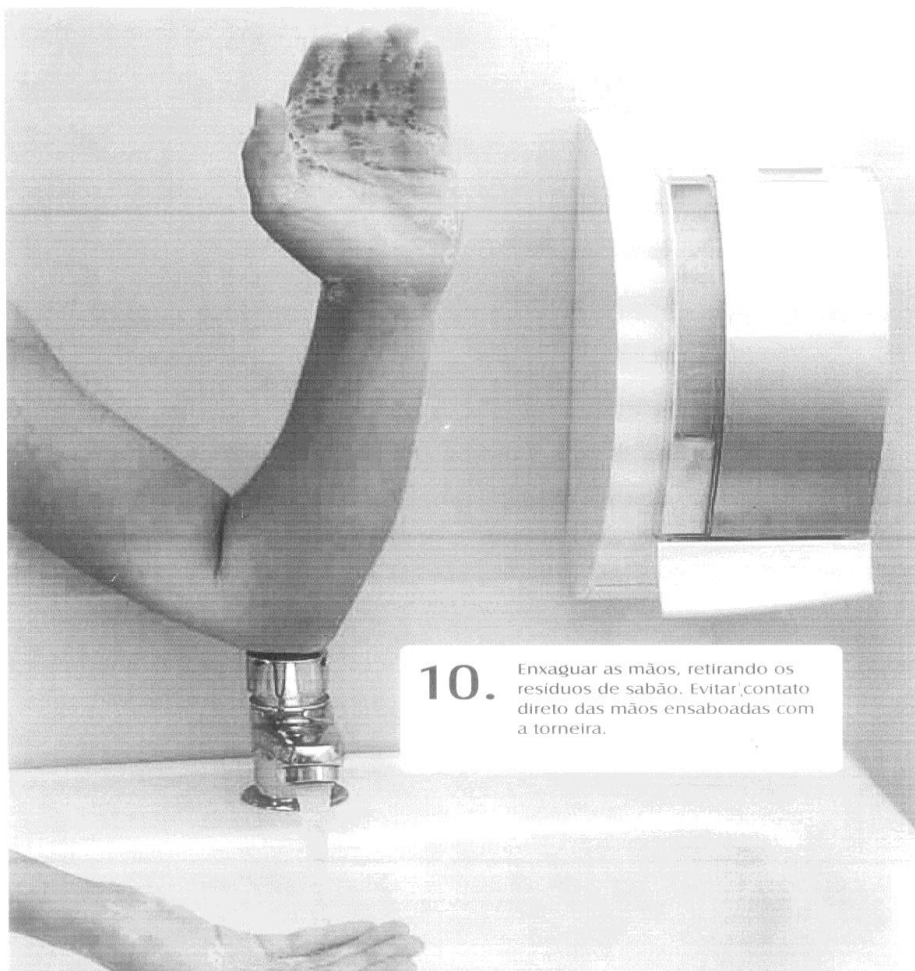


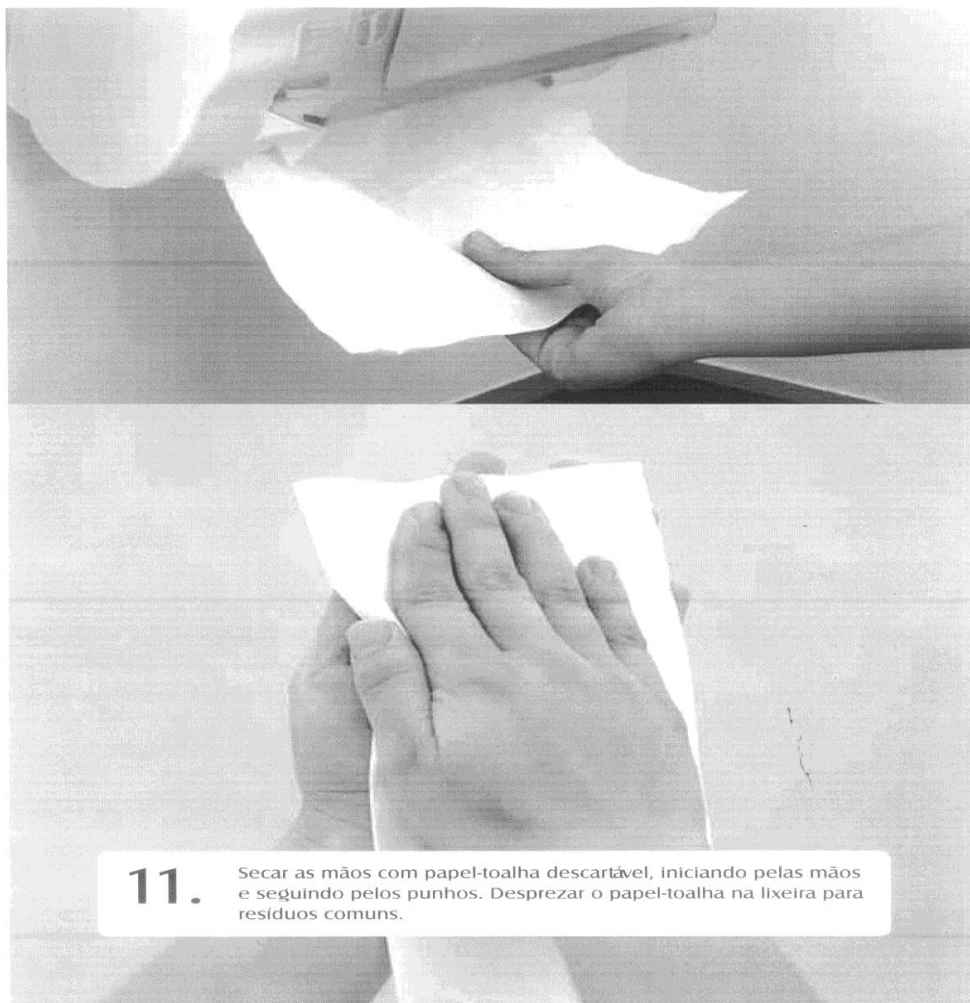
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.

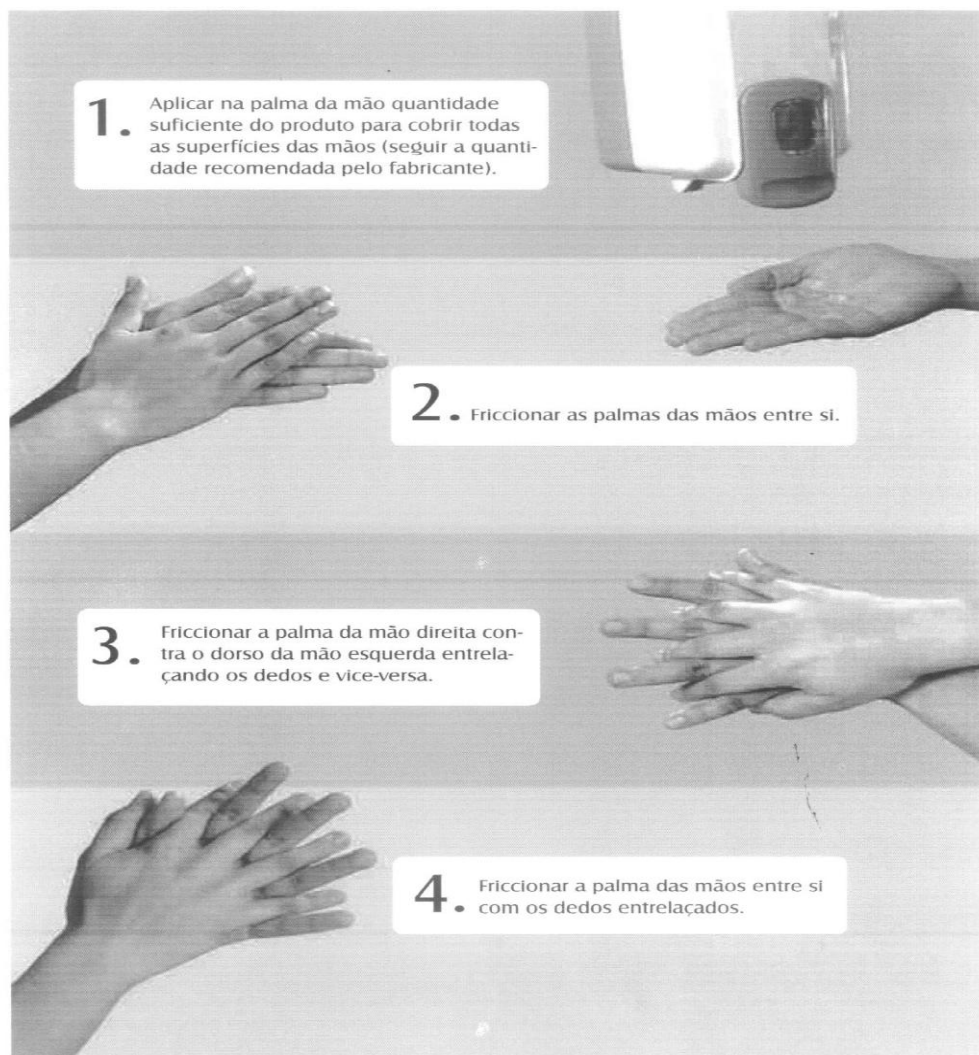
ANEXO IX – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 106



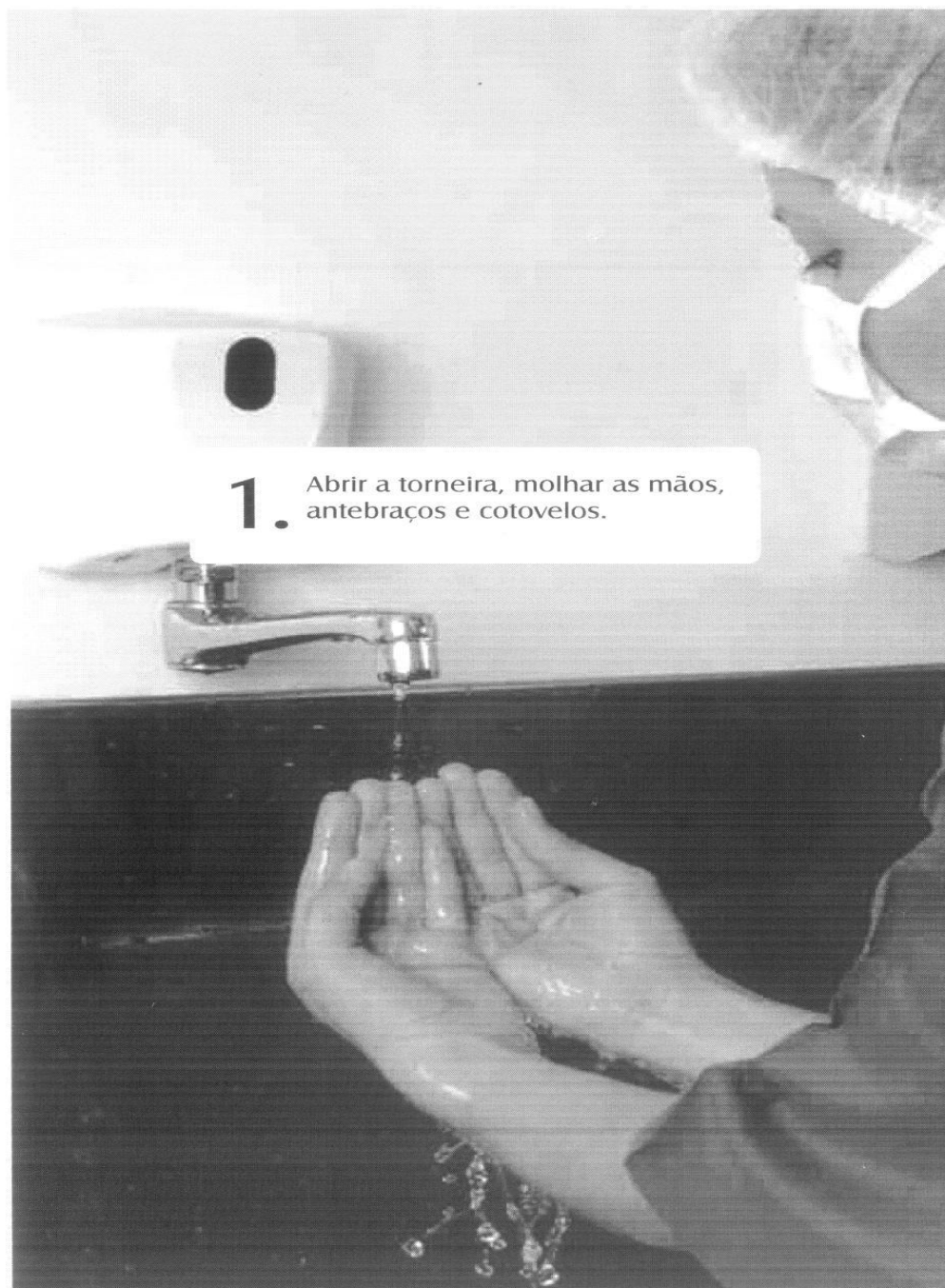


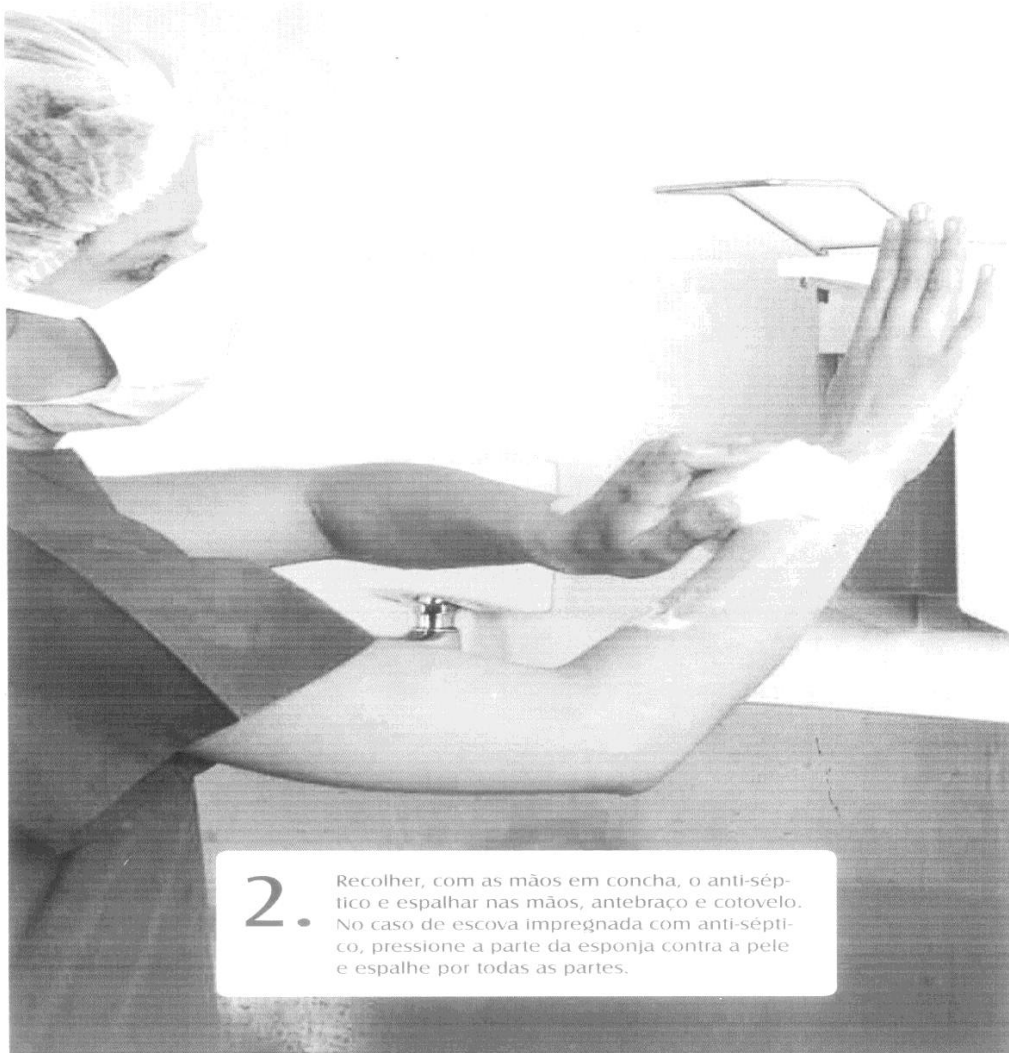
- 11.** Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

ANEXO X – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 107





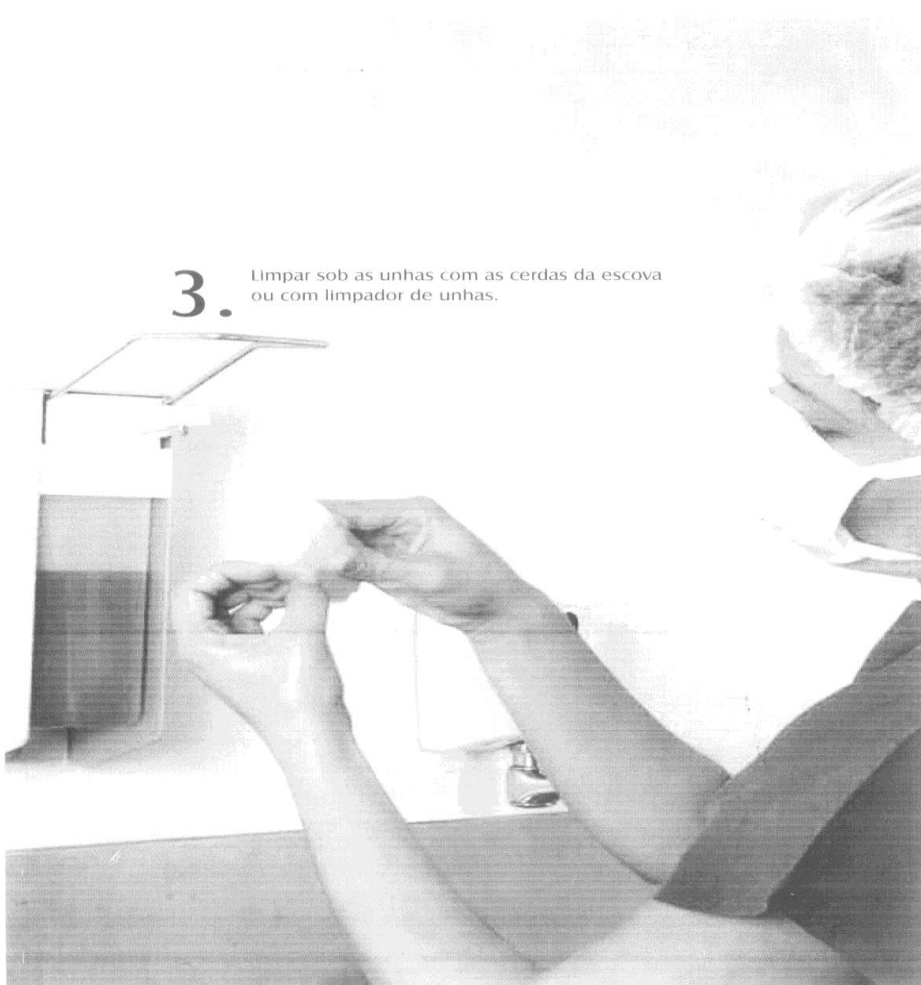




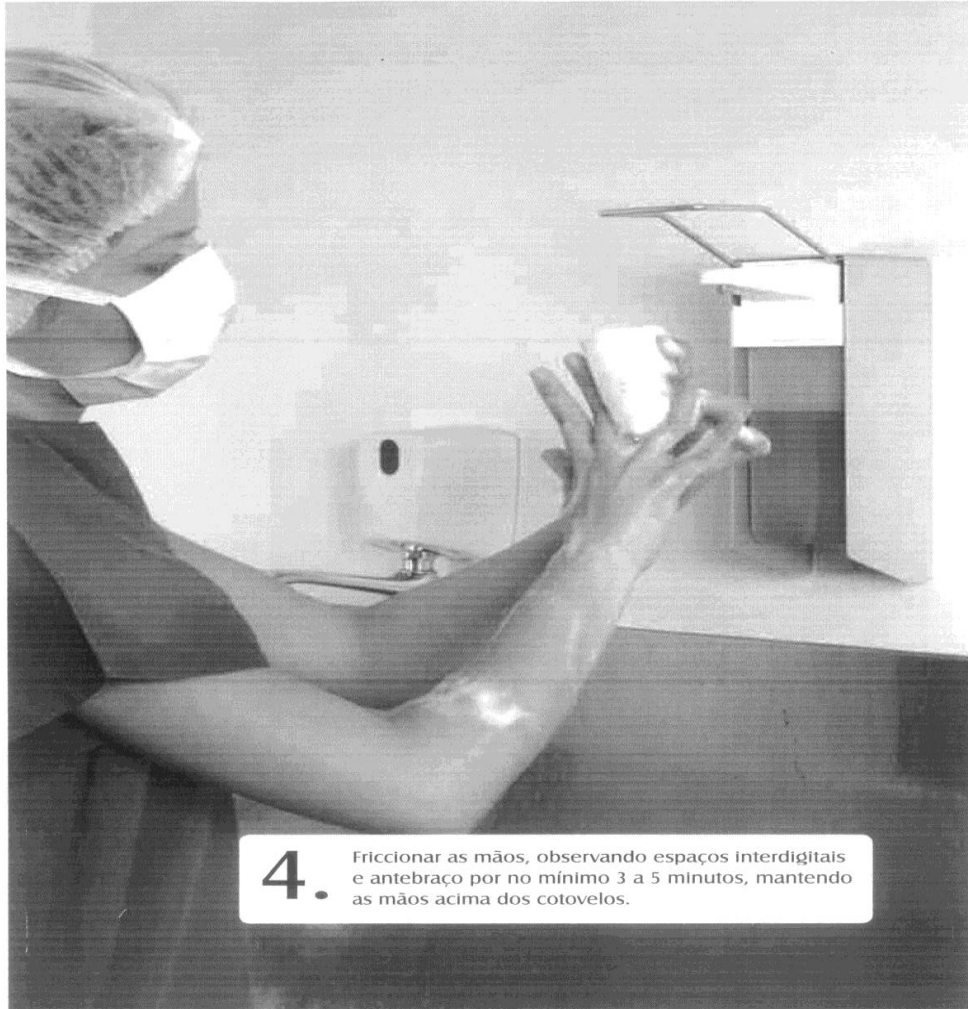
ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108

3.

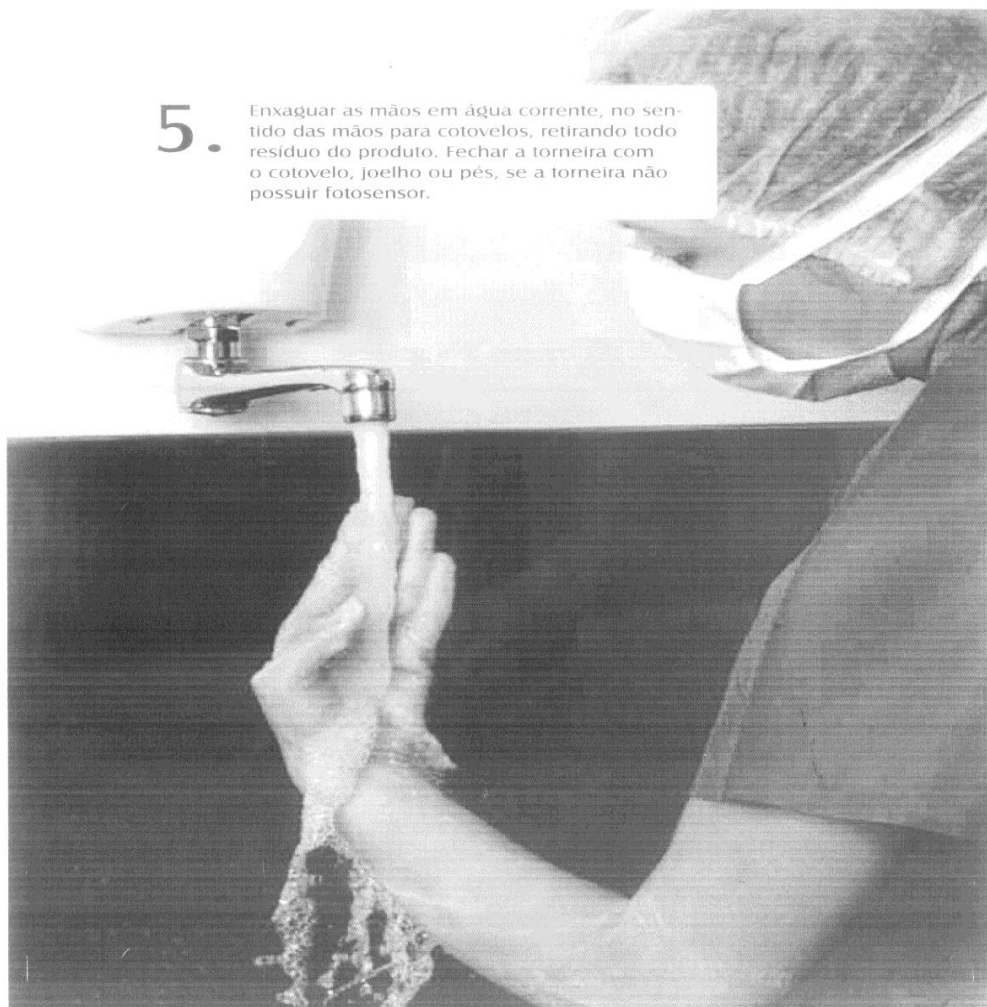
Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.

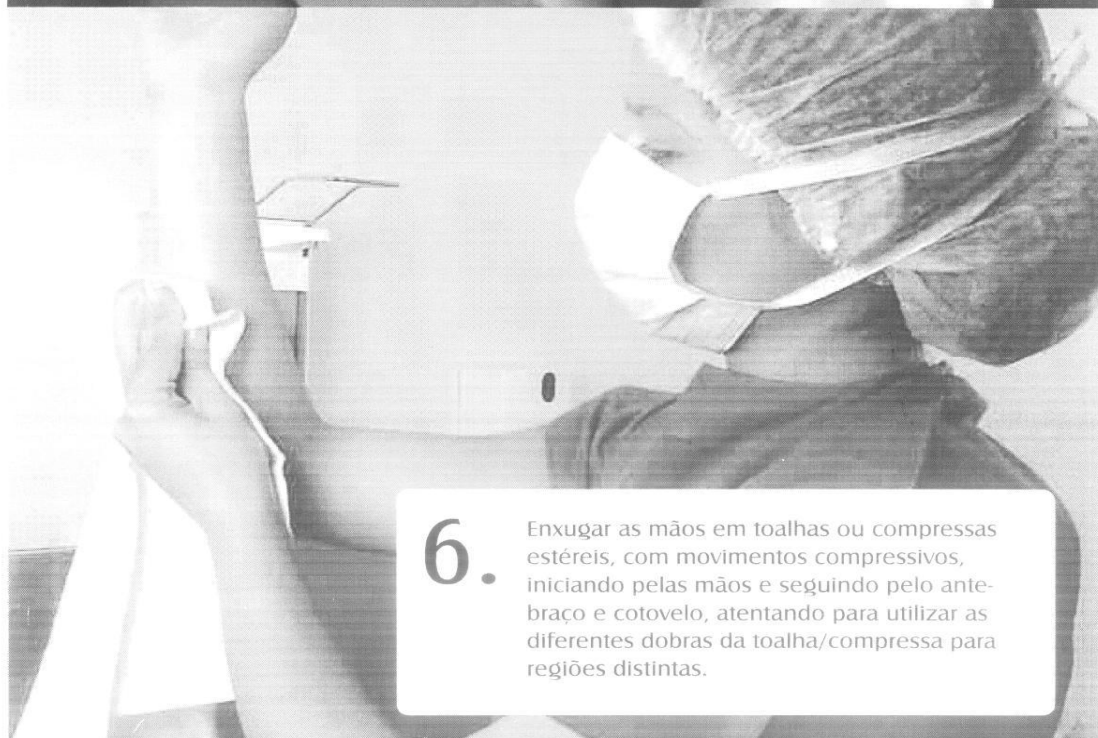


ANEXO XI – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 108



5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.





- 6.** Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

ANEXO XII – Manual Informativo para paciente e acompanhante e Termo de ciência

Manual Informativo para Pacientes e Acompanhantes

Este manual tem o objetivo de fornecer informações importantes para uma internação segura, confortável e humanizada.

Solicitamos a colaboração no cumprimento das normas descritas abaixo, e colocamo-nos à sua disposição.

1. IDENTIFICAÇÃO

Para a circulação nas dependências de internação o paciente, acompanhante e visitante deve estar com a pulseira de identificação.

2. PERTENCES

- Os valores e pertences pessoais do paciente internado deverão ser recolhidos pelo seu responsável no ato da internação, devendo ficar apenas produtos de higiene básica (desodorante, etc.), toalha e uma troca de roupa, que ficarão aos cuidados do paciente e/ou acompanhante;
- Não nos responsabilizamos por perdas, danos ou extravios de quaisquer objetos, inclusive joias, dinheiro, cartões de crédito, celulares e pertences em geral.

3. ACOMPANHANTES

- É permitido apenas 01 (um) acompanhante, no Setor de Repouso, para:
 - Paciente com idade inferior a 18 anos, atendendo ao Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990).
 - Paciente com idade superior a 60 anos, segundo critério médico, atendendo ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003).
 - Paciente psiquiátrico.
 - Paciente com necessidades especiais.(Exceções somente com autorização, por escrito, do enfermeiro responsável pelo setor).
- As trocas de acompanhantes são realizadas na recepção das 07:30h às 08:30h (manhã) e 20:30h às 21:30h (noite);
- O acompanhante de paciente adulto deverá ser preferencialmente do mesmo sexo a fim de se evitar possíveis constrangimentos aos demais pacientes do quarto;
- O acompanhante deve permanecer no quarto, cuidando somente de seu familiar, caso haja necessidade de se ausentar, deverá informar à equipe de enfermagem;
- Caso haja transferência do paciente para outra unidade de saúde, deverá haver um acompanhante no momento da saída;
- Não é permitido acompanhante na Sala de Emergência (Exceções somente com autorização, por escrito, do médico responsável ou do enfermeiro do Setor).



SANTA CASA
de Misericórdia de
São Bernardo do Campo

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PARA PACIENTES, ACOMPANHANTES E VISITANTES



TERMO DE CIÊNCIA

Eu, (PACIENTE/RESPONSÁVEL) _____
portador do documento de número (RG/CPF) _____ declaro
que recebi o manual de normas e rotinas para pacientes, acompanhantes e visitantes.

DATA ____/____/____

ASSINATURA _____

ENFERMEIRO (Carimbo e assinatura): _____



(AFIXAR NO PRONTUÁRIO)

4. VISITAS



Horário:

REPOUSO

11h00 às 13h00

EMERGÊNCIA

16h00 às 16h30

- **REPOUSO:** É permitido 02 visitantes, sem revezamento;
- **EMERGÊNCIA:** É permitido 01 visitantes, sem revezamento;
- Permitimos visitas religiosas, desde que com credenciais específicas para o desempenho de suas funções e cadastro antecipado com o serviço social.

5. ALIMENTAÇÃO



- A alimentação do paciente é de responsabilidade do Serviço de Nutrição;
- Não é permitida a entrada de alimentos. Casos especiais deverão ser autorizados pelo médico e nutricionista;
- Os acompanhantes permitidos receberão alimentação nos horários estabelecidos pelo serviço de nutrição, caso tenham restrição alimentar por doença pré-existente avisar na visita da nutricionista.

6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR



- Antes de entrar no quarto, lave as mãos e utilize álcool em gel que está localizado nos corredores;
- Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar ou colocar pertences no leito do paciente;
- Não é permitido fumar dentro da unidade e dependências;
- Não é permitido trazer flores;
- No caso de isolamento, as visitas são restritas. Dirija-se ao posto de enfermagem para receber orientações.



***Lembramos que é proibido filmar ou fotografar**
nas dependências da Unidade sem autorização.



**Agradecemos
sua colaboração!**

Sua participação é fundamental para a segurança,
o bem-estar e a recuperação de todos.

Anexo IV

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

Am

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

Sumário

1. OBJETIVO	4
2. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	4
3. REQUISITOS	4
3.1. ABERTURA DE VAGA	4
3.1.2 DIVULGAÇÃO	4
3.1.3 AVALIAÇÃO/ENTREVISTA	4
3.1.3.1 ENTREVISTA – SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS	5
3.1.4 FINALIZAÇÃO DO PROCESSO	10
4. PROCESSO DE CONTRATAÇÃO	12
4.1 DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS	12
4.2 CONTRATAÇÃO	13
4.3 INTEGRAÇÃO	13
5. JORNADA DE TRABALHO	13
5.1 ESCALAS	13
5.2 AUSÊNCIA	14
5.3 TOLERÂNCIA	14
5.4 FALTAS	14
5.5 BANCO DE HORAS	15
5.6 ABONOS MEDIANTE COMPROVANTES LEGAIS	15
5.7 AFASTAMENTO	15
5.8 INTERVALO	15
5.9 PONTO	16
6. TURNOVER E ABSENTEÍSMO	16
6.1 ABSENTEISMO	17
6.2 TURNOVER	17
7. AÇÕES DE ENDOMARKETING	17
8. FÉRIAS	18
9. BENEFÍCIOS	19
9.1 VALE TRANSPORTE	19
9.2 VALE REFEIÇÃO	19
9.3 VALE ALIMENTAÇÃO	19
9.4 AUXÍLIO CRECHE	19
9.5 ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	19
9.6 ADICIONAL NOTURNO	19
9.7 SALÁRIO FAMÍLIA	20
10. FOLHA DE PAGAMENTO	20
10.1 13º SALÁRIO	20
10.2 FGTS	20
10.3 RAIS	20
10.4 INSS	20
11. ESTÁGIO	21
12. QUADROS DE AVISOS	22
13. PENALIDADES	22
13.1 DEFINIÇÕES	22
13.1.1 COLABORADOR	22
13.1.2 CONFLITO DE INTERESSE	22
13.1.3 COMPORTAMENTO	22
13.1.4 MEDIDAS DISCIPLINARES	23
13.2 CLASSIFICAÇÃO DAS MEDIDAS DISCIPLINARES	23
13.3 APLICAÇÃO DAS MEDIDAS	24
13.4 PROPORCIONALIDADE	25
14. UNIFORMES	25
15. CRACHÁ	26
16. PDI – PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL	26
17. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	27
18. SEGURANÇA DO TRABALHO	28
18.1 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	28

19. QUALIDADE DE VIDA	29
20. DESENVOLVIMENTO PESSOAL	29
20.1 PROCESSOS	30
21. EXAMES	30
21.1 ADMISSÃO	30
21.2 PERIÓDICO	30
21.3 RETORNO	30
21.4 TROCA DE FUNÇÃO	30
21.5 DEMISSÃO	31
22. TRANSFERÊNCIA E PROMOÇÃO	31
23. DESLIGAMENTO	31
23.1 ORGANIZAÇÃO	31
23.1.1 PELO COLABORADOR	33
23.1.2 OUTRA QUESTÃO	33
23.2 COMUNICAÇÃO AO SETOR	33
23.3 COMUNICAÇÃO AO COLABORADOR	34
23.4 HOMOLOGAÇÃO	34
24. NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS	34
25. LISTA DE PRESENÇA	35
26. PLANO SALARIAL	35
27. PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS	36
27.1 ADMINISTRAÇÃO PESSOAL	36
27.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	36
27.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE	36
27.4 SEGURANÇA DO TRABALHO	36
27.5 MEDICINA OCUPACIONAL	37
27.6 ADMISSÃO	37
27.7 REMUNERAÇÃO	37
27.8 PESQUISA SALARIAL	37
27.9 POLÍTICA SALARIAL	38
27.10 DESCRIÇÕES DE CARGOS	38
28. TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	69
29. FORMULÁRIOS	69

1. OBJETIVO

Este manual tem por objetivo sistematizar e otimizar processos da área de Recursos Humanos, estabelecendo princípios e diretrizes de métodos eficazes e eficientes a fim de padronizar o fluxo da organização.

A política geral contida neste manual é projetada para garantir que os recursos estejam em conformidade com o plano estratégico e de desenvolvimento sendo aplicados em qualificação e aprimoramento aos colaboradores, onde os mesmos e terceiros/prestadores de serviços terão a obrigatoriedade de cumpri-los.

2. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Agrupamento de metodologia projetado para atrair candidatos com potenciais, qualificados e capazes de preencher da vaga em aberto do núcleo.

3. REQUISITOS

3.1. ABERTURA DE VAGA

O recrutamento realizará a solicitação da abertura da vaga indicando sua necessidade.

3.1.1 REQUISIÇÃO DE PESSOAL

O requisitante preencherá o formulário precedendo a área de atuação, critérios necessários, método de procedimento de avaliação, descrição de atividades junto a salário e benefícios e para complementar o período do processo para aprovação da Diretoria.

3.1.2 DIVULGAÇÃO

Anuncia as vagas em sites, tendo a duração da divulgação de no mínimo, de 5 a 7 dias. Cada anúncio de vaga inclui os requisitos necessários para preenchimento da vaga, benefícios fornecidos; padrões de avaliação e jornada de trabalho. Toda documentação que compõem o processo ficará arquivado junto ao prontuário do candidato aprovado;

3.1.3 AVALIAÇÃO/ENTREVISTA

Triar os currículos e convocar os candidatos para testes técnicos, comportamentais e dinâmica de equipe podem ser usados nesta área visando medir o grau de conhecimentos e habilidades,

assim o requisitante coordena conforme consideram necessário, sendo assim, realizada a entrevista e posteriormente assinar a ficha de admissão com todos os dados pessoais.

3.1.3.1 ENTREVISTA – SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS

ROTEIRO:

1. Iniciar um quebra-gelo – deixe a pessoa tranquila. Fale seu nome e sua função;
2. Pergunte sobre o candidato: —me fale sobre você...!;
3. Lembre-se: aqui você tem a solicitação de emprego e dados. Reforce os pontos principais;
4. Por que você decidiu a se candidatar a esta vaga?;
5. Requisite sobre habilidades técnicas e cultura organizacional;
6. Questione o que o levou a escolher a profissão e suas experiências anteriores;
7. Faça perguntas do Modelo de Seleção por Competências;
8. Observar sempre no candidato: apresentação pessoal e a sua capacidade de ouvir as suas colocações durante o processo;
9. Fale de uma forma breve sobre a organização;
10. Orientação de programação finalizando do processo seletivo.

Nº	Competências	Descrição
1	Comprometimento	Dê um exemplo de situação em que você é responsável, como se fosse o dono de uma empresa, conte o que está acontecendo. Relate qualquer situação em que o excesso de trabalho teve um impacto negativo em sua vida pessoal?
2	Visão sistêmica	Descreva as circunstâncias sob qual sua visão para o futuro ajudou a atingir algum objetivo. Conte sobre situações em que você percebeu que trariam impacto negativo em um projeto específico e como você se comportou.
3	Espírito de equipe	Conte-nos sobre sua experiência de uma colaboração extra agradecida pela equipe. Relate qualquer situação em que testemunhou clientes com grosserias,

		rudes. O que você fez?
4	Foco em resultados	Conte sobre algum projeto em tenha sido árduo chegar a um resultado adequado. Qual foi o projeto mais intenso na qual você participou?
5	Flexibilidade e Inovação	Descreva sobre alguma situação em que houve mudanças no processo por opinião sua? Você já se deparou com situação em que tem que lidar com situações difíceis, como reagiu? Conte-o Qual mudança mais vultosa na qual você adquiriu na sua área? E qual ideia trouxe alguma modificação positiva?
6	Persistência e determinação	Conte sobre intuito que você idealizou em alcançar e acabou prescindindo e por quê? Relate de situações em que teve motivos para desistir, mas persistiu e obteve um ótimo crescimento.
7	Foco no cliente	Descreva mudanças que instituiu para melhor atender a clientes internos ou externos? Cite um exemplo na qual fidelizou o cliente. O que você fez para atingir esse resultado? Qual foi o cliente mais difícil com quem teve que lidar? O que o tornava difícil? O que você fez para contornar a situação? Conte sobre uma situação em que você reverteu uma má impressão que o cliente tinha da empresa/produto.
8	Relacionamento	Descreva alguma dificuldade de relacionamento com um líder, colega, paciente, como terminou?

	interpessoal	Conte sobre feedbacks positivos na qual recebeu de alguém da equipe?
9	Comunicação interpessoal	Como você passou para sua equipe a comunicação de um novo projeto?
10	Cooperação, participação e integração.	Fale sobre algum projeto em que participou fora do seu setor? Descreva situação em que tenha sentido contrariedade em se reunir na equipe de trabalho? Relate algum apoio na qual prestou como solidariedade e como foi?
11	Liderança participativa	Conte sobre feedbacks positivos na qual você recebeu? Como você administrava o fluxo de informações com a equipe? Como você administrou a comunicação interna da equipe? Como você administrou a comunicação entre equipe e clientes?
12	Liderança empreendedora	Quais os maiores investimentos que você fez na sua equipe de trabalho? O que você fazia para aumentar a produtividade da equipe? Conte como eram suas reuniões com sua equipe e qual a frequência?
13	Liderança motivadora	Conte às ações que você implementava quando sua equipe atingia a meta? Agora conte o que você iria fazer quando não atingisse a meta? Relate uma reunião de motivação na qual tenha sido realizada junto a equipe?

14	Liderança participativa	Conte situações na qual você multiplique para sua equipe? Como você iria agir quando fosse implantar um novo projeto?
15	Iniciativa	Em que situação você conseguiu prever e ter ações que para inibir o prejuízo? Descreva situação em que sua visão auxiliou em algum projeto?
16	Organização e planejamento	Como você gerenciava metas com sua equipe de trabalho? De que forma você influenciou sua equipe a trabalhar com planejamento? Como você agiu com pessoas desorganizadas? Como você resolveria diversos equívocos no mesmo dia? De que maneira você organiza assuntos pessoais e profissionais?
17	Tomada de decisão	Qual a decisão mais difícil e assertiva que você já tomou na sua vida? Conte como foi.
18	Gerenciamento do tempo	Como administra o seu tempo, tanto na vida profissional como pessoal? Em que situações você sentia que estava perdendo tempo? Como você treinou sua equipe a gerenciar tempo? Qual a melhor contribuição que deu para equipe eliminar desperdiçadores de tempo?
19	Criatividade	Em que momento houve uma maior demonstração de criatividade? Há algum reconhecimento em que obteve por alguma ideia criativa? Descreva situação de imprevisto na qual lidou com êxito?

20	Agilidade	Com que periodicidade recebia feedbacks positivos referente a comunicação, o saber ouvir? Já houve questionamento sobre falta de tempo com a equipe? Já compreendeu que algum colaborador precisava desabafar?
21	Capacidade de risco	Retrate algum cenário na qual você foi requerido por não conseguir cumprir prazos? Já ocorreu de conseguir antecipar o prazo de algum projeto?
22	Empreendedorismo	Qual o maior risco que você já correu na vida profissional? Houve alguma vez que deixou de investir por medo?
23	Investimento	Qual o seu maior investimento na carreira profissional? O que fez você melhorar os próprios resultados?
24	Disciplina	Descreva, por um exemplo, alguma norma em que tenha interferido em algum processo?
25	Equilíbrio emocional	Retrate algum cenário em que tenha perdido o controle e tido comportamentos inadequados? Em que momento difícil administrou algo sem perder o equilíbrio da s emoções?
26	Resolução de conflito	Descreva o conflito com um colega, por exemplo? Qual foi o motivo e como reagiu?
27	EPI's	Utilizava EPI's nas organizações na qual trabalhava? Se sim, quais? Para que finalidade?
28	Segurança	Se você estivesse atrasado para o trabalho, qual opção optaria: 1ª: correr e chegar no tempo correto; 2ª: andar com segurança e chegar pouco tempo atrasado.

PROGRAMAÇÃO

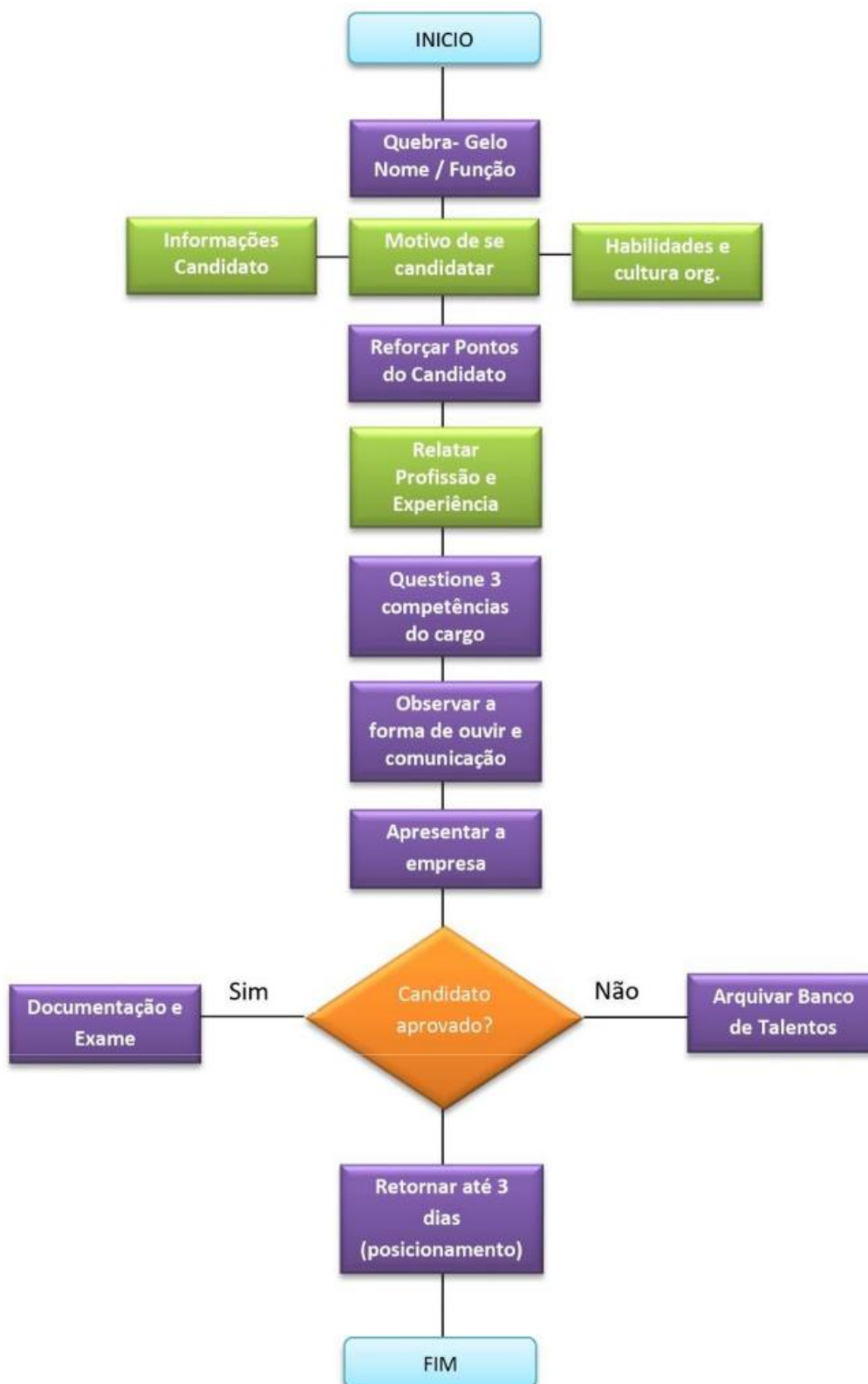
Até 3 dias após a entrevista

CANDIDATOS APROVADOS: encaminhar e-mail/mensagem e ligação comunicando a aprovação;

CANDIDATOS NÃO APROVADOS: encaminhar e-mail/mensagem e ligação comunicando a aprovação, além do processo ficar arquivado em nosso banco de talentos para próximas vagas.

3.1.4 FINALIZAÇÃO DO PROCESSO

Após os testes e entrevistas, o recrutador e a coordenação discutem sobre o candidato aprovado. Portanto, o mesmo é notificado para a próxima etapa do processo, e o candidato não aprovado também é informado via e-mail com agradecimento e será armazenado em nosso banco de talentos durante o período de 3 meses.



4. PROCESSO DE CONTRATAÇÃO

A área de Recursos Humanos solicitará ao candidato os documentos necessários para que seja realizada a contratação, em seguida abertura da conta corrente e exame médico admissional.

4.1 DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS

2 FOTOS 3X4 – recente;

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL;

CTPS;

CARTEIRA DE TRABALHO (qualificação civil – frente e verso);

PIS/NIS (se tiver);

C.P. F;

RG (CARTEIRA DE IDENTIDADE);

TITULO DE ELEITORAL (acompanhado do comprovante da última votação); CERTIDÃO RESERVISTA (homem);

CARTEIRA DO CONSELHO DA CATEGORIA (COREN);

COMPROVANTE DE RESIDENCIA (luz/telefone/agua);

CARTEIRA DE VACINA (em dia com todas as vacinas);

CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO;

CPF/RG CÔNJUGUE;

CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 14 ANOS;

CARTEIRA DE VACINA DOS FILHOS;

DIPLOMA OU COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (frente e verso);

CARTA DE REFERENCIA (última empresa trabalhada); CONTA –

BANCO: AGÊNCIA E CONTA;

NÚMERO DE TELEFONE.

Portanto, toda a relação de documentos exigidos pela organização será de forma digital, onde permite que o recém-contratado encaminhe via internet — sem a precisão de se deslocar até a empresa.

Esse processo possibilita o armazenamento dessas informações em nuvem. Assim, todos os dados ficam organizados em um só lugar. Sendo assim, os documentos na qual necessitam ter versão física na empresa, como atestados de saúde ocupacional (ASO) serão entregues fisicamente.

4.2 CONTRATAÇÃO

Após a confirmação do RH referente aos documentos exigidos, segue a etapa:

- Cadastrar no Ponto Eletrônico e na Folha de Pagamento;
- Realizar o Contrato de Trabalho (Ficha de Registro de Empregado, Declaração salário-família, Declaração de Imposto de Renda, Vale Transporte e Declaração de dependentes);
- Registrar Carteira Profissional e já realizar declaração de devolução da CTPS;
- Providenciar confecção de crachá;
- Emitir o Termo de Confidencialidade;
- Realizar Lista de Presença constando os tópicos da Integração.

4.3 INTEGRAÇÃO

Deve ser aplicado antes de o colaborador iniciar suas atividades a fim de garantir sua participação em todo fluxo. Seguindo as fases:

- Assinatura do Contrato de Trabalho;
- Informá-lo o prazo do contrato de 45 dias, podendo haver prorrogação para mais 45;
- Assinatura do Termo de Confidencialidade;
- Será realizada a apresentação aos gestores de cada setor, os colegas de trabalho, locais: copa, entrada e saída, banheiro, cozinha e etc;
- Informar o rol de competências e comportamentos ao ocupar o cargo no núcleo;
- Informar o P.O.P. (PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO) do setor, ao final constar assinatura;
- Entrega do Uniforme e EPI necessário para a função.

5. JORNADA DE TRABALHO

O colaborador deverá cumprir sua jornada de trabalho conforme o acordado.

O controle de frequência (marcações no relógio de ponto) visa reconhecer variações ocorridas durante a jornada, bem como deverá ser calculada a remuneração dos empregados.

5.1 ESCALAS

5X1, onde permite que, a cada cinco dias trabalhados será concedido 1 dia de folga, de acordo com a CLT a duração máxima de carga horária é de 7:20 minutos;

5X2, sendo a mais comum na qual se dá 2 folgas semanais, podendo ser consecutivas ou não, computando a duração diária de 8:48 minutos;

6X1 se dá aos 6 dias trabalhados e 1 dia de folga, a definição do dia da folga não é uma regra e vale o combinado no processo de contratação, mas, pelo menos um domingo tem que ser de folga a cada 7 semanas em qualquer uma das escalas;

12X36, nesta escala, o que se conta são as horas, onde a cada 12 horas trabalhadas, o colaborador tem por direito 36 horas livres inserindo 02 folgas mensais, de acordo com a Convenção Coletiva;

18X36 onde também terá a mesma regra, porém serão computadas 18 horas.

Os horários serão de acordo com a necessidade da Organização contanto que possua uma rotina preestabelecida na qual os colaboradores sigam uma determinada carga horária.

5.2 AUSÊNCIA

O colaborador na qual se ausentar, por qualquer motivo, deverá ser informado o líder, se possível com antecedência, e apresentar justificativa e documento comprobatório.

5.3 TOLERÂNCIA

Será tolerado no máximo 10 minutos diário, onde se tornar repetitivo podendo ser aplicada medidas disciplinares.

5.4 FALTAS

Ausências sem justificativas legais não têm direito a salários e outras consequências legais e podem resultar em má conduta leve ou grave, dependendo das circunstâncias ou repetição, mas podem ter motivos imperiosos e as punições serão proibidas se consideradas com seriedade. Quando não cumprir totalmente a jornada de trabalho da semana, além de descontar o dia de ausência na sua remuneração, perderá o pagamento do dia de descanso, a menos que a ausência seja justificada. O desconto do DSR se aplica aos empregados que trabalham mensalmente ou quinzenalmente conforme a redação da Lei nº 605/1949, ou seja, todo colaborador que cumpre integralmente sem atrasos ou faltas injustificadas, têm direito a pelo menos um dia de descanso toda semana e recebe pelo dia não trabalhado, de acordo com o artigo 67 da CLT.

5.5 BANCO DE HORAS

Sistema de flexibilização da CLT, sendo como uma forma de compensação de horas de acordo com a necessidade e/ou alta demanda, onde apenas computado com autorização do superior imediato e RH.

O limite da jornada diária de trabalho fica limitado a, no máximo, 10 (dez) horas, salvo em casos de necessidade imperiosa, conforme previsto no art. 61 da CLT.

As horas de faltas e/ou atrasos injustificadas serão abatidos ao Banco de Horas caso haja horas positivas. Caso, não possua horas positivas, as horas relativas às ausências ficarão negativas. Além da organização que, pode limitar o nº de horas negativas permitidas em banco de horas;

Ocorrendo o desligamento do empregado, as horas em banco serão pagas junto com as demais verbas rescisórias, aplicando-se os adicionais de horas extras.

5.6 ABONOS MEDIANTE COMPROVANTES LEGAIS

Atestado Médico (conter identificação do colaborador, da instituição, CID, identificação do médico e CRM, credenciados pelo SUS caso não encaminhar ao Médico do Trabalho para avaliação), Casamento (5 dias úteis), Licença paternidade (5 dias consecutivos a partir da data do nascimento do filho), Licença Maternidade (120 dias após emissão do afastamento médico e no período de amamentação o recebimento do salário sem prestação de serviços, durante o tempo de ir amamentar caso não possui no local de trabalho lugar apropriado, conforme Convenção Coletiva), Licença Nojo (falecimento de parentes de 1º grau pai, mãe, irmão, irmã, cônjuge e filho – 3 dias úteis).

5.7 AFASTAMENTO

Período em que o colaborador fica impossibilitado de exercer suas atividades por mais 15 dias consecutivos, dentro de um período de 60 dias, e, quando o motivo decorrer da mesma causa. Neste caso, adotar providências do INSS a fim de requerer o Auxílio Doença. Assim que receber alta do INSS e apresentar novamente o atestado no período de 60 dias após a data da alta, deverá ser encaminhado para avaliação do médico do trabalho. Caso não, apresentar a comunicação do resultado da avaliação da Incapacidade para realizar o exame de retorno ao trabalho e ao constar apto, pode retornar.

5.8 INTERVALO

Será concedido 01h00min diária para refeição e descanso.

5.9 PONTO

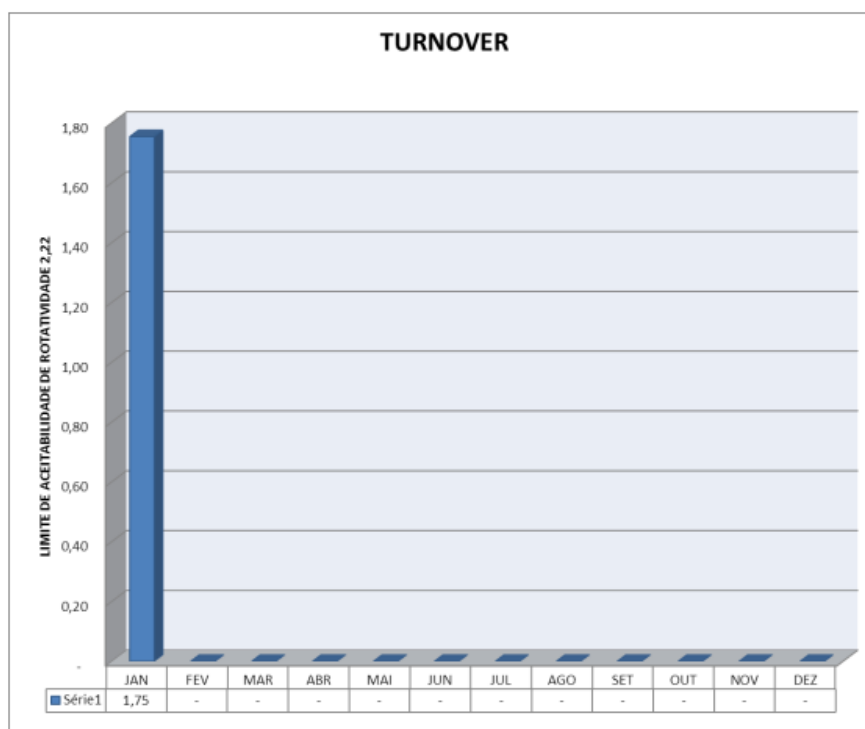
Registrar no ponto com 10 minutos de antecedência do horário para entrada e até 10 minutos posteriores a saída. Leva-se em conta também a obediência do intervalo mínimo de descanso, onde é chamado de **INTRAJORNADA** conforme as horas abaixo:

JORNADA	INTERVALO
Até 4 horas	N/A
Acima de 4 e até 6 horas	15 minutos
Acima de 6 horas	Entre 1 e 2 horas

Também possui o **INTERJORNADA**, onde é o intervalo entre duas jornadas de trabalho que deverá ter um período mínimo de 11 horas consecutivas para descanso

6. TURNOVER E ABSENTEÍSMO

São dois fatores que podem ser melhorados de diversas maneiras, dentre elas, implementar a Educação Continuada. Ambos os métodos serão analisados mensalmente e extraído gráfico a fim de acompanhar o desenvolvimento. Exemplo:



6.1 ABSENTEISMO

É o período de ausência do empregado durante os dias ou horas de trabalho. Sendo assim, o setor de Recursos Humanos descobre o impacto de problemas de saúde, eventos imprevistos e outras carências da empresa. Onde as principais causas estão em: problemas de saúde, transtorno mental, vida pessoal e falta de motivação.

É importante controlar esse indicador, pois à medida que aumenta o número de ausentes, a empresa vai perdendo produtividade e competitividade. Portanto, esse processo pode levar a um aumento na rotatividade de pessoal.

6.2 TURNOVER

É a taxa de rotatividade, onde mede a quantidade de admissões e desligamentos. Dentre elas, inclui-se a falta de reconhecimento, baixa remuneração, desmotivação, preocupação com o futuro da empresa, baixo equilíbrio entre vida pessoal e trabalho.

Portanto, o RH tem como função analisar alguma forma de combater as causas, valorizando a remuneração e benefícios suficientes para atrair e motivar os colaboradores, formular um plano de carreira bem estruturada, manter um ambiente de trabalho agradável, medir o clima organizacional e desenvolver os colaboradores promovendo-os de acordo com suas aptidões.

7. AÇÕES DE ENDOMARKETING

Utilizar ações faz com que o clima organizacional cresça, proporcionando a integração entre os colaboradores, expressando a importância do mesmo dentro da unidade e o engajamento. Quando construímos um processo que valoriza as pessoas, também trabalhamos com as motivações dos funcionários. Afinal, ele não busca apenas trabalho por dinheiro, mas também um ambiente que lhe proporcione bem-estar e qualidade de vida.

O clima é como um termômetro que pode mostrar a satisfação dos funcionários com a cultura organizacional, políticas de recursos humanos, modelos de gestão e processos de comunicação.

Dentre elas, estão:

- Day off – dia de folga, ou estabelecer um horário de almoço com outra duração;
- Caixinha de parabéns – entre toda equipe;
- Vale brinde (com valor destinado a ação, acessível de baixo custo).

8. FÉRIAS

Após cada período de 12 meses de vigência de trabalho terá o direito anual do descanso remunerado de 30 dias, caso não houver faltas injustificadas, conforme:

- 1º período aquisitivo: 12 meses de vigência;
- Obedecer a programação anual onde é encaminhada a todos os colaboradores e obrigatoriedade não é possível descansar sem ser anotada na CTPS;
- Direito do abono pecuniário, ou seja, 1/3 dos dias de férias a que o empregado tem direito em dinheiro;
- Deverá ser gozada no período aquisitivo não acumulando dois períodos aquisitivos;
- Não terá direito às férias ao colaborador que, no decorrer do período aquisitivo: faltar de forma injustificada por mais de 32 dias, ausentar por auxílio doença por mais de 180 dias.

E de forma proporcional de acordo com as faltas injustificadas conforme abaixo:

QUANTIDADE DE FALTAS	DIAS DE FÉRIAS
6 A 14 DIAS	24 DIAS
15 A 23 DIAS	18 DIAS
24 A 32 DIAS	12 DIAS
+ DE 32 DIAS	SEM DIREITO

- Conforme o art. 143, § 1º da CLT, o abono de férias deverá ser requerido pelo empregado até 15 antes do término do período aquisitivo;
Em conformidade com a Lei nº 13.467/2017, de 11 de novembro de 2017 (Alterado artigo 134, § 1º da CLT), podem ser gozados em até 3 períodos, sendo que um deles não pode ser inferior a 14 dias corridos, e os demais não poderão ser inferiores a 5 dias corridos, desde que tenha concordância do empregado. O acordo de que o trabalhador se compromete a dividir as férias em 3 fases afasta o duplo pagamento, desde que o último período de gozo seja dentro do período concessivo, cabendo ao empregador pagar em dobro, caso os dias sejam gozados fora do período concessivo;
- De acordo com o Artigo 134 CLT § 2º, aos colaboradores menores de 18 anos e aos maiores de 50 anos de idade, as férias serão cedidas em concessão integral, de uma vez só.

9. BENEFÍCIOS

Sendo divididos em três tipos de categorias, como: Convenção Coletiva, CLT e por vontade da organização. Onde serão distribuídos conforme abaixo:

9.1 VALE TRANSPORTE

Sendo um direito desde que comprovada sua utilização, o colaborador deve informar por escrito na admissão ou através de formulário fornecido pelo RH, contendo endereço mediante comprovante, tipo de transporte, quantidade utilizada no dia de ida e volta, além será custeado até 6% de seu salário base, excluindo quaisquer adicionais ou vantagem e o valor do crédito é estabelecido em quantia de dias trabalhados previstos no mês da utilização.

9.2 VALE REFEIÇÃO

Fornecimento de alimentação (almoço/jantar) durante o período de trabalho.

9.3 VALE ALIMENTAÇÃO

Oferecido com intuito de que os colaboradores possam comprar produtos alimentícios e insumos para uso próprio ou familiar, optando pela organização um valor fixo de R\$200,00 sem descontos, implementando uma forma de incentivo, atraindo-os e retraindo talentos minimizando a rotatividade.

9.4 AUXÍLIO CRECHE

Concedido às mulheres empregadas ao quadro de colaboradores do núcleo, onde somente será pago às empregadas que possuem filhos até 5 anos de idade no valor de 5% do menor piso salarial, por filho.

9.5 ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

Compensação ao colaborador na qual é exposto a agentes nocivos no ambiente de trabalho.

9.6 ADICIONAL NOTURNO

Aos colaboradores que trabalham no período noturno, ficam assegurados adicional de 45% da hora diurna de trabalho estabelecido em Convenção Coletiva.

9.7 SALÁRIO FAMILIA

Determinado conforme o art. 65 A 70 da Lei nº 8213/91, sendo concedido ao colaborador que comprovar devidamente seus dependentes menores de 14 anos, passando a ser de R\$ 51,27, para trabalhadores com remuneração mensal de até R\$ 1.503,25.

10. FOLHA DE PAGAMENTO

Será efetuado pagamento no 5º dia útil, mensalmente, subsequente a que se refere ao mês vencido, através de depósito bancário, não possuindo nenhum tipo de adiantamento. O demonstrativo de pagamento é disponibilizado no RH, as informações para a elaboração da Folha de Pagamento têm como principal objeto os registros apurados na folha de ponto dos colaboradores.

O setor de Recursos Humanos pode efetuar descontos em folha em questões de: 2ª via do Vale Alimentação, crachá ou quaisquer outros materiais fornecidos ao colaborador e que tenham sido danificados por negligência ou mau uso.

10.1 13º SALÁRIO

Concedido em duas parcelas, sendo a 1ª ao colaborador que por ocasião ao retirar férias optar ou até 30 de Novembro, a 2ª até o dia 20 de Dezembro.

10.2 FGTS

A Organização deposita mensalmente em uma conta vinculada a Caixa Econômica Federal a título de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

10.3 RAIS

Relação Anual de Informações Sociais, na qual tem como objetivo suprir necessidades de controle do País. A entrega da declaração pela organização é obrigatória e dentro do prazo legal.

10.4 INSS

Instituto Nacional de Seguro Social é retido pelo núcleo em favor do colaborador com o embasamento na tabela de salários e alíquotas emitidos pelo Ministério da Previdência Social.

11. ESTÁGIO

O estágio profissional é a fase inicial de qualquer profissão e ocorre quando o colaborador ainda se encontra em período de formação e necessita adquirir experiência, conhecimentos e competências na sua área. O estágio, em linhas gerais, é uma exigência para os alunos dos cursos técnico, profissionalizante e de graduação, sendo necessário para que os alunos possam obter os créditos exigidos para a graduação.

Por exemplo, é comum que as universidades exijam que os alunos apresentem um relatório de estágio no final do curso como forma de os alunos demonstrarem que adquiriram experiência profissional direta em sua área de treinamento. O relatório de estágio apresentou todas as funções desempenhadas pelo estagiário, as suas rotinas de aprendizagem e desenvolvimento na empresa contratante e as assinaturas dos responsáveis pela supervisão e orientação do estágio.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO** tem como propósito oferecer a possibilidade de aprendizagem de forma mais objetiva, apresentando assim, a escola cooperada os devidos documentos:

- **Termo de Cooperação:** tem por objetivo propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem dos educandos, bem como o aprimoramento da rede de atenção à saúde; pré-requisitos dos estagiários (seguro de vida, conclusão da parte teórica e preenchimento de ficha cadastral para apresentação dos documentos digitais); atribuições da Cooperada/Organização e Precaução Padrão;
- **Regulamentação de Concessão Estágio:** Solicitação por ofício de campos de estágios, documentos da Cooperada (FGTS, CNPJ, Certidão Negativa, Projeto Pedagógico, Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, Comprovação de aprovação do(s) curso(s) pelo Ministério da Educação, Cópia autenticada da apólice de seguros), Análise e formalização dentro do prazo de 10 dias após apresentação e Avaliação e Monitoramento de Estágio;
- **Termo de Compromisso de Estágio:** apresentando aos estagiários contendo data de início e término, duração de jornada, orientação as práticas a serem adotadas a fim de aprimorar as disciplinas já estudadas (teoria), onde desempenham situações da atualidade entre o trabalho e a vida desenvolvendo competência e habilidades

imprescindíveis à função e ciência das considerações sigilosas: políticas, normas, procedimentos;

- **Ficha Cadastral:** preenchimento realizado pelos estagiários contendo informações pessoais.
- **Avaliação durante período de estágio:** cabe à cooperada realizar avaliações periódicas junto aos alunos, em casos de auxílio, apresenta-se modelo em anexo.

12. QUADROS DE AVISOS

Possuir o hábito de manter-se atualizado com os comunicados em quadros de avisos do Pronto Atendimento, estando todos em locais estratégicos.

13. PENALIDADES

A política de consequência visa ter como planejamento regras e diretrizes para a adoção da aplicação de medidas disciplinares aos colaboradores da Organização.

Sendo assim, todos os integrantes da organização, independente da função a ser exercida deverá cumpri-la.

13.1 DEFINIÇÕES

13.1.1 COLABORADOR

Todo profissional na qual possui vínculo empregatício, ou seja, colabora efetivamente e integra-se a organização. São estagiários, aprendizes, sócios, diretores etc.

13.1.2 CONFLITO DE INTERESSE

Refere-se a colaboradores que podem ser afetados devido as ações de seu próprio interesse, violando os princípios da empresa, tomando decisões inadequadas ou deixando de cumprir qualquer uma de suas funções profissionais o que gera frustração.

13.1.3 COMPORTAMENTO

Representa a maneira de como é a conduta do colaborador, de que forma ele se porta dentro da organização, traz impactos positivos e/ou negativos? O que torna relevante o tal comportamento.

13.1.4 MEDIDAS DISCIPLINARES

Aplicação da consequência (advertência verbal ou escrita, suspensão até rescisão do contrato), quando alguns dos colaboradores não cumprem o código de conduta, termo de contrato, normas, políticas, procedimentos e valores da organização tornando uma ação orientativa.

13.2 CLASSIFICAÇÃO DAS MEDIDAS DISCIPLINARES

13.2.1 DESCRITIVOS:

GRAU	DESCRIÇÃO	TIPO DE MEDIDA
Leve	Falta de ações preventivas aplicadas pelo colaborador, na qual não afetam os objetivos da organização; Ações agressiva (moral e fisicamente) aos outros colaboradores. Atraso ao trabalho; Falta de comprometimento em realizar uma tarefa ou meio de capacitação profissional; Falta injustificada (1ª vez); Desrespeitar colaboradores, ofender e/ou expor a imagem da organização.	Advertência Verbal
Médio	Falta de comunicação ou fornecimento de informações sem precisões de forma proposital; Desacordo com normas, código de conduta e ética, políticas, procedimentos; Ato na qual coloque em risco a sua preservação ou de terceiros; Reincidência de atrasos, faltas de grau leve.	Advertência Escrita
	3 advertência por escrito do mesmo desvio; Recusar a utilizar o Equipamento de Proteção Individual – EPI; Usar em vantagens ao cargo informações sigilosas; Negociar e/ou vender qualquer bem da organização;	Advertência Escrita, Suspensão a depende da

Grave	Cometer ato de ofensa, intimidar qualquer colaborador; Apresentar embriaguez; Falsificar, omitir informações; Receber e/ou ofertar prenda dentro da organização; Desviar código de conduta, normas, políticas etc, na qual coloque em risco a preservação do mesmo ou terceiros; Ato de improbidade; Marcação de cartão de ponto de outro colega de trabalho ausente; Perda de confiança do empregador ao empregado por motivos do comportamento.	gravidade e/ou rescisão do contrato de trabalho (com justa causa).
Gravíssima	Condutas conforme o artigo 482 da CLT	Dispensa por justa causa

13.3 APLICAÇÃO DAS MEDIDAS

É válida ao empregador a aplicação de medidas disciplinares nos atos cometidos pelo empregado conforme Art.482 da CLT, podendo acarretar a rescisão do contrato por justa causa. A CLT não prevê uma hierarquia de medidas disciplinares aos empregados, cabendo ao empregador avaliar a gravidade e recorrência, tendo como base para rescisão contratual o Art. 482.

Toda medida deverá ser formalizada mediante a carta disciplinar contendo o Art. e alíneas. (em caso de recorrência/ justa causa), sendo aplicada de forma privada, sem nenhum meio de exposição.

A aplicação deverá ocorrer o mais próximo possível da data do desvio para que sejam tomadas as devidas providências e se tornar um meio de ação orientativa, para não se caracterizar perdão tácito. Aceita-se um maior tempo para aplicar a penalidade, quando ainda falta verificar algum dos fatos desde que esteja documentado.

No caso de reincidência do colaborador, o empregador deverá aplicar outro meio de punição.

13.4 PROPORCIONALIDADE

A medida na qual será aplicada deve ser proporcional ao desvio cometido, ou seja, desvios leves devem-se aplicar medidas também leves, em casos graves e com recorrência poderá ocorrer à proibição de recompensas, promoções e sem bônus voluntário da empresa.

Em casos de o colaborador se recusar a assinar o aviso, duas testemunhas que presenciaram o fato podem assinar como forma de ciência. Neste caso, entretanto, o documento é válido.

A aplicação deverá ser aplicada em horário de trabalho e fundamentada em atos realmente cometidos pelo empregado, sua aplicação indevida pode ocasionar a rescisão indireta Art. 483 letra B e indenização moral ao empregado.

É importante ressaltar que outras medidas podem ser tomadas para prevenir que novos desvios aconteçam, por exemplo: treinamentos específicos para funcionários, adotando novos controles ou procedimentos.

É prescindível que o superior imediato, antes de aplicar qualquer medida administrativa, verifique se há penalidades anteriores. Sendo assim, deverá ser aplicado pelo superior do setor sob presença e orientação do RH, a fim de verificar o cenário de legislação trabalhista e convenção coletiva.

14. UNIFORMES

Profissionalismo, organização, segurança, confiança. Uma equipe uniformizada passa ao paciente um diferencial no atendimento. Mais do que isso, evita equívocos causados pela atual perda de referência no que se refere ao modo de se vestir no ambiente corporativo.

Uma vez que a Organização torne o uso imprescindível, é obrigação de a mesma fornecer, incluindo o direito de exigir o protocolo de recebimento, assinado e datado, constando os itens entregues e quantidade juntamente ao Termo de Responsabilidade. Não sendo permitido: o uso de outras roupas, não poderá ser cedido ou emprestado a terceiros, ser utilizado fora da jornada de trabalho e além de ser devolvidos devidamente limpos e lavados em caso de rescisão de contrato.

O colaborador, nesta data de admissão e recebimento, declara ter ciência e estar de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo a respeitá-los e cumpri-los integralmente.

15. CRACHÁ

O crachá é um cartão de identificação funcional do colaborador, tendo o uso pessoal e obrigatório durante toda a jornada de trabalho. O colaborador deverá utilizar de forma adequada e zelar pela conservação do mesmo, em hipótese alguma poderá emprestá-lo para qualquer pessoa, seja qual for a situação, pois este ato é expressamente proibido, podendo acarretar em medidas disciplinares. Também ficará fixado no uniforme, mantendo-o de forma visível a fim de servir como autorização de acesso e reconhecimento imediato dos membros da organização.

Modelo:



16. PDI – PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

PDI é um plano de desenvolvimento pessoal, onde é utilizado como forma de estabelecer, monitorar e desenvolver as competências dos colaboradores. O PDI é um plano pessoal com objetivos pré-determinados, que devem ser alcançados a curto, médio e longo prazo.

Por ter metas, prazos e fornecer uma trajetória de desenvolvimento, tornou-se um participante-chave no progresso pessoal sistemático.

Para quem pretende desenvolver gestores ou promover crescimento interno de profissionais, ter um PDI é fundamental, com ele, a empresa busca orientar o desenvolvimento dos colaboradores selecionados para que possam executar com precisão o trabalho planejado e as funções planejadas.

Dessa forma, os talentos reconhecidos pela gestão de pessoas da empresa agregam novas características. Os funcionários podem ver suas habilidades, falhas e pontos fortes e usar suas características de forma decisiva.

Alguns pontos são extremamente importantes:

Análise prévia: o alinhamento consiste em fazer uma análise da condição atual e desejada do profissional e da empresa em relação a ele. Ambas as partes devem estar na mesma direção, de modo que a soma de esforços alcance resultados satisfatórios para todos;

Mapear: consiste em mapear todos os pontos fortes e de melhorias, performance, formação e assim realizar uma relato do profissional;

Estratégias: nesta etapa aplica-se o PDI, podendo ser inserido primeiramente na rotina do colaborador, ou seja, em tarefas que devem ser cumpridas por ele. Cada tarefa desenvolve uma competência, o que contribui com o seu processo evolutivo.

Supervisão: o ideal durante este processo é o acompanhamento de um profissional amparando no foco desejado.

Portanto, é fundamental realizar um planejamento definindo os objetivos, traçando competências, definindo cronogramas com prazos, promovendo ações como treinamento e cursos, avaliações de desempenho e Job Rotation (mudança de setor a fim de compreender o funcionamento e procedimentos).

17. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Avaliação de Desempenho é um fluxo contínuo (de expectativas de desempenho: metas, indicadores, competências) e realizado pelo líder imediato ao longo da experiência. A avaliação inicial ocorre 15 dias antes do término do período de experiência, onde indicará a continuidade ou não do empregado no quadro funcional, o colaborador e o líder avaliam os pontos fortes e de melhorias, na qual tem o objetivo de verificar o **PDI** (PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL), visando valorizá-los.

Ocorre pelas escalas absolutas, onde o avaliador tem a forma absoluta para avalia-lo, sem relação com o que é esperado ou com outros avaliados. É o caso da escala —ruim||, —médiol e —bom||.

Por fim, ficará tanto para o colaborador quanto para o núcleo um instrumento, com a identificação das competências que interferem no desempenho, que possam ser aprimoradas por meio de plano de desenvolvimento de capacitação e aperfeiçoamento profissional. Aos gestores será aplicado durante a cada 6 meses e/ou 1 ano, o método DISC.

O que é este método? Através de um formulário onde é necessário responder um questionário, é possível traçar os pontos fortes e de melhorias, se baseando em aspectos psicológicos, ou

seja, avalia o comportamento dos colaboradores e permite avaliar em que setor se adaptará com facilidade. Por fim, facilita a construção de equipes de alta performance, aprimora as habilidades de liderança e relacionamento interpessoal, redução de rotatividade e aumento de produtividade.

O DISC foi preparado em quatro perfis comportamentais que são mais predominantes em cada um de nós. Sendo eles: Dominantes (comportamento mais dominante, opera em riscos e desafios, exigentes, rápidos e competitivos, orientado para ação e os prazos envolvidos, também poderão influenciar na dificuldade de divisão de tarefas); Influentes (comportamento comunicativo, de empatia, entusiasmo, poder de persuasão, autonomia e com tendência a influenciar os colegas); Estabilidade (comportamento mais estável, paciente e conciliador, orientado para buscar o equilíbrio e a harmonia nos relacionamentos e ambientes) e Analítico (comportamento mais cauteloso, detalhista, orientado para fazer as coisas com precisão e qualidade, antecipando as consequências).

Em conclusão, o autoconhecimento é a chave para abrir as portas do sucesso e realização.

18. SEGURANÇA DO TRABALHO

A organização cumpre com as normas regulamentadoras onde possuem programas de prevenção e diagnóstico de agravos à saúde, a fim de garantir condições seguras, visando constatar se dispõem de doenças danos irreversíveis à saúde do colaborador.

18.1 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

- **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO):** elaborado por médico do Trabalho verificando os riscos existentes em determinada atividade, estabelecendo exames e períodos para realização do mesmo emitindo o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO;
- **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):** estabelece medidas que visa à integridade dos colaboradores, descrevendo atividades a serem realizadas por função, reconhecendo riscos para migrar ao PCMSO e precavendo através da utilização dos EPIs;
- **Ergonomia e Análise Ergonômica;**
- **LTCAT** (Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho) e etc;

Todo programa procura conscientizar colaboradores a fim de praticar segurança de forma contínua, promovendo a saúde e a preservação do meio ambiente, mas como?

Utilizando os equipamentos de proteção individual, sendo obrigatório para a execução de tarefas onde possuem riscos à saúde. Para cada tipo se utiliza um EPI diferente: ruídos

(PROTETOR AURICULAR), PROTEÇÃO DOS OLHOS CONTRA IMPACTOS (ÓCULOS);

PROTEÇÃO DAS VIAS respiratórias (máscaras PFF2) e etc.

19. QUALIDADE DE VIDA

A Organização tem por objetivo criar ações que incentivem e motivem os colaboradores para integrarem melhor na equipe, com harmonia, na família, visando o bem-estar e o melhor desempenho de suas funções diárias além do desenvolvimento pessoal e profissional, com intuito de verificar, o nível de satisfação do colaborador em seu ambiente corporativo. Como investir neste processo?

- Investir no colaborador com treinamentos, cursos onde fará com que adquiram conhecimentos, desempenhando suas tarefas de forma eficaz. Além disso, poderá ser implantados métodos que premiações, motivando-os;
- Dar feedbacks é extremamente importante que o colaborador saiba como está o posicionamento dentro da Organização, deixado explicito o plano de carreira e estimulando-os nos objetivos corporativos;
- Clima Organizacional representa a atmosfera psicológica da empresa. Ou seja, como os profissionais percebem o ambiente de trabalho e como são afetados. Um clima ruim causa danos à empresa e aos colaboradores. Por exemplo, falta de comunicação interpessoal e falta de compromisso com o trabalho. Portanto, a qualidade de vida na organização faz com que os colaboradores se sintam bem, relaxados e até gostem do papel que desempenham. Devemos esquecer e eliminar a ideia do trabalho como um "mal necessário" e sim, criando um ambiente agradável e saudável.

20. DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Visa proporcionar o desenvolvimento das necessidades de formação, aperfeiçoamento e desenvolvimento capacitando-os para o desempenho das competências e a prática dos comportamentos à melhoria da qualidade dos serviços.

20.1 PROCESSOS

- Levantamento de necessidades por colaborador;
- Programação de desenvolvimento de Competências através da Matriz de Treinamento realizado pelo RH onde constará o tutor, data, tipo de treinamento, carga horária, modalidade, custo, validade do certificado e as opções: mandatório? Recomendado? Opcional ou aquela função não há necessidade (N/A)?
- Programas Internos: palestras, exposição, estágios, rodízio de turnos e reuniões realizados com recursos humanos.

Cabe ao colaborador participar dos processos estabelecidos pelo setor de RH, e ao final preencher Avaliação de Reação, recebendo o certificado do Treinamento.

21. EXAMES

Os exames médicos são obrigatórios e atendem a Norma Regulamentadora nº 7, emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

21.1 ADMISSIONAL

O exame admissional deve ser realizado antes do início do trabalho do novo colaborador.

21.2 PERIÓDICO

O realizado de acordo com o tipo de atividade realizada. O referido exame será realizado de forma semestral ou anual conforme o PCSMO aos colaboradores expostos a risco de doença ocupacional.

21.3 RETORNO

Antes do retorno do empregado as suas atividades quando ele estiver afastado por motivo de licença maternidade, doença e acidente por mais de 30 dias.

21.4 TROCA DE FUNÇÃO

Será realizado se o colaborador mudar de função, ou seja, alteração na condição de risco de doença ocupacional.

21.5 DEMISSIONAL

Realizado assim que o colaborador for desligado/pedir demissão da organização.

22. TRANSFERÊNCIA E PROMOÇÃO

Qualquer processo de transferência e ou promoção deverá ser feita de acordo com a Requisição Pessoal onde precisará ter a justificativa, posteriormente submetendo a uma avaliação do RH para oportunizar a conciliabilidade da solicitação com o Plano de Cargos e Salários vigente.

Sendo assim, o mesmo procedimento: realizar exame de mudança de função, integrá-lo ao novo setor e informa-lo aos POP's locais.

23. DESLIGAMENTO

23.1 ORGANIZAÇÃO

É a rescisão do Contrato de Trabalho entre o colaborador e a organização podendo ocorrer por **parte da mesma:**

- Por justa causa (considerado Justa Causa somente o ato cometido que se enquadrar no disposto na CLT e neste Manual);
- Sem justa causa (a organização poderá desliga-lo, expondo o motivo do desligamento. Poderá cumprir o aviso de 30 dias optando pela saída antecipada e/ou trabalhar 23 dias e folgar 7 dias. Até mesmo ser dispensado sendo então, indenizado, devendo ser comunicado por escrito, obtendo-se sua ciência). A Lei 12.506/2011 trouxe um acréscimo de 3 dias de aviso para cada ano trabalhado, ou seja, até um ano de trabalho o aviso continua sendo de 30 dias e a cada ano de trabalho completado, soma-se mais 3 dias até o limite de 90 dias de aviso, conforme a tabela abaixo:

Tempo Contratado	Dias de Aviso
Até 1 ano	30
Até 2 anos	33

Até 3 anos	36
Até 4 anos	39
Até 5 anos	42
Até 6 anos	45
Até 7 anos	48
Até 8 anos	51
Até 9 anos	54
Até 10 anos	57
Até 11 anos	60
Até 12 anos	63
Até 13 anos	66
Até 14 anos	69
Até 15 anos	72
Até 16 anos	75
Até 17 anos	78

Até 18 anos	81
Até 19 anos	84
Até 20 anos	87
A partir de 20 anos	90

O colaborador é obrigado a cumprir apenas os 30 dias iniciais de aviso prévio trabalhado. Os demais dias, caso tenha direito, deverão ser indenizados (pagos em dinheiro). Fórmula: (anos de trabalho) x 3 + 30 = dias de aviso prévio.

- Término do contrato de experiência;
- Rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

23.1.1 PELO COLABORADOR

- A pedido;
- Aposentadoria por tempo de serviço e idade;
- Término do contrato de experiência;
- Rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

23.1.2 OUTRA QUESTÃO

- Falecimento;
- Afastamento Invalidez.

23.2 COMUNICAÇÃO AO SETOR

O líder do setor obrigatoriamente deve questionar ao Recursos Humanos a possibilidade do desligamento do colaborador antes de comunica-lo, a fim de que seja verificado se possui algum impedimento para demissão, exemplos: estabilidade no retorno de férias, CIPA, gestante e etc.

23.3 COMUNICAÇÃO AO COLABORADOR

O líder imediato comunica o desligamento ao colaborador e justificativas. Em seguida, encaminha ao setor de Recursos Humanos para a formalização do desligamento, que providenciará:

- Carta de Desligamento com Aviso Prévio Indenizado ou Trabalhado;
- Recolhe o crachá;
- Agenda e encaminha o ex-colaborador para a realização do exame médico;
- Agenda a homologação (dentro os 10 dias corridos do desligamento).

23.4 HOMOLOGAÇÃO

O RH solicita ao colaborador para que compareça a organização onde realiza as etapas da homologação abaixo:

- Deverá ser emitido o termo de rescisão e comprovante de pagamento das verbas rescisórias e entregue ao colaborador esclarecendo cada pagamento realizado;
- Emitir formulário de seguro-desemprego;
- Chave do FGTS quando ocorrer do empregado ser demitido sem justa causa;
- Entrevista de desligamento (ferramenta e complemento de informação onde quem está sendo desligado, na maioria das vezes, possui uma visão clara dos pontos fortes e fracos da organização. Objetivo: real motivo de desligamento, oportunidades oferecidas, condições de trabalho, relacionamento interpessoal, relacionamento com a gestão, equívocos, pontos fortes e os pontos fracos da organização. Cabe ao RH manter o contato e uma boa relação com o mesmo.
- Após a entrevista o RH deverá enviar o formulário assinado a Diretoria para conhecimento, retornando dentro de cinco dias ao RH para ser arquivado em uma pasta específica.
- A data prevista da rescisão deverá ser formalizada a baixa na Carteira de Trabalho, após realizar um termo de devolução do documento original.

24. NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS

A notificação de desvios tem como objetivo o afastamento dos parâmetros estabelecidos para o registro na qual não são atendidos. São classificados desta forma:

- **Não conformidade real:** ocorrência de um rompimento em um requisito estabelecido, constando como desvio de qualidade;
- **Aviso:** quando não ocorrer frequente e a causa de análise sejam leves, mas torna-se um desvio de qualidade;
- **Não conformidade potencial:** não ocorreu rompimento, mas precisa necessariamente de ação preventiva evitando a não conformidade real;
- **Evento sentinela:** ocorrência que ocorra óbito, qualquer lesão. Podendo também ser classificados por eventos (1. Atingiu o colaborador e o paciente foi a óbito; 2. Atingiu o colaborador e causou dano permanente ao paciente; 3. Atingiu o colaborador e causou lesão ao paciente mas poderia ter sido uma gravidade maior; e 4. Poderia ter causado algo grave porém não atingiu ambos).

25. LISTA DE PRESENÇA

Objetivo é registrar as pessoas que compareceram a uma determinada reunião, constando os tópicos:

- Tema/Assunto;
- Conteúdo Programático (quais serão os assuntos da reunião);
- Carga horária;
- Local;
- Horário;
- Instrutor;
- Envolvidos (nome, função e assinatura).

26. PLANO SALARIAL

A movimentação dos colaboradores deve ser levada em conta a questão financeira para e a empregabilidade da força de trabalho existente. É possível a movimentação das formas:

- **Horizontal:** aumento salarial (mérito) ou por enquadramento através do desempenho, onde é levado em conta a Avaliação de Desempenho, Assiduidade, Prevenção em Acidentes, alcance de metas estabelecidas.
- **Vertical:** promoção para função superior da mesma área, onde tem que ser atendidas as exigências do cargo, apuradas e explorada em avaliação de desempenho.

27. PLANO DE CARGOS E SALARIOS

Administrar comportamento humano implica em governar o que as pessoas fazem enquanto atores das organizações em que participam.

Gerir pessoas em contextos de trabalho significa controlar os fatores que interferem na qualidade de vida e do trabalho dos colaboradores, no sentido de identificar as melhores condições para o serviço, as competências necessárias a serem desenvolvidos, os fatores que motivam os trabalhadores, os recursos e as estruturas necessárias para a execução das atividades.

A organização possui políticas de Gestão de Pessoas que norteiam suas ações, entendendo que estas são guias para a ação, servindo para prover respostas às questões ou problemas que possam ocorrer.

O processo de Gestão de Pessoas tem como premissa aplicar estas políticas de pessoas, mantendo os colaboradores integrados, motivados e capacitados para o desempenho de suas funções. Para tanto, apresenta a seguinte estrutura organizacional:

27.1 ADMINISTRAÇÃO PESSOAL

Tem como objetivo assegurar que toda a administração de folha de pagamento seja feita corretamente, garantindo o provimento de benefícios e salários, bem como salvaguardando todos os prontuários dos nossos colaboradores;

27.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O objetivo do Recrutamento e Seleção é atrair e reter colaboradores que apresentem os mesmos valores que a **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, e que atendam aos critérios estabelecidos para a vaga e o perfil desejado;

27.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

Objetivando alcançar a excelência em atendimento, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, a área de Educação Permanente prepara e realiza diversas atividades para desenvolver continuamente os nossos colaboradores nas diversas áreas de atuação;

27.4 SEGURANÇA DO TRABALHO

Realiza atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho, utilizando métodos e técnicas científicas, observando os dispositivos legais e institucionais, com o objetivo de eliminar, controlar e reduzir permanentemente os riscos de acidentes de trabalho;

27.5 MEDICINA OCUPACIONAL

O objetivo da área da Medicina do Trabalho é promover a saúde dos colaboradores, de forma preventiva, no rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Nos casos da necessidade de contratação de colaboradores emergencial e para o preenchimento de cargos estratégicos para a Gestão da Organização, o Recrutamento também poderá ocorrer através de análise de currículos encaminhados por agências especializadas e entrevistas com membros da Diretoria.

27.6 ADMISSÃO

Após aprovação em processo seletivo, o RH deverá orientar o profissional as etapas seguintes, onde, será solicitada toda documentação obrigatória, informando-o novamente sobre a remuneração, jornada de trabalho, benefícios e também terá o seu exame médico admissional agendado.

No dia marcado, deverá comparecer à Coordenação Administrativa da Organização Social para passar tanto no setor de Medicina Ocupacional como na Administração de Pessoal, onde, após ter os documentos recebidos, ter realizado o check-list, assim sucessivamente elaborado o contrato de trabalho.

Na segunda etapa, o colaborador deve ser integrado com as rotinas, cultura, missão e valores da organização, também apresentação dos setores da unidade juntamente aos outros colegas e gestores.

27.7 REMUNERAÇÃO

É o valor total constituído pelo salário somado aos —salários indiretos ou benefícios, pagos ou não em espécie. Salário + Benefícios + Adicionais = Remuneração.

27.8 PESQUISA SALARIAL

A cada dois anos ou sempre que houver a necessidade, a **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO** fará pesquisa salarial e de

37

benefícios, na sua localidade, com o objetivo de manter as práticas salariais e de benefícios compatíveis com o mercado. A pesquisa salarial contemplará os principais cargos da Organização bem como os benefícios atuais praticados. A área de Cargos e Salários analisará todos os cargos e proporá alterações sempre que necessário. Todas as alterações propostas passarão por aprovação da Diretoria.

27.9 POLITICA SALARIAL

Tem por objetivo reconhecer a capacitação profissional e o desempenho dos nossos colaboradores, pagando o justo salário de acordo com o mercado e levando-se em consideração as práticas da **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**.

A política salarial deve se basear:

- Nas limitações orçamentárias e financeiras;
- No plano de trabalho firmado com a Contratante;
- No dissídio das categorias profissionais;
- Na equivalência com o mercado de trabalho em saúde;
- Convenção trabalhista atualizada da região.

27.10 DESCRIÇÕES DE CARGOS

GERENTE DE UNIDADE AMBULATORIAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

RESUMO DO CARGO

Trabalhar preservando os valores e princípios da **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, garantindo o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração com outros serviços.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Ambulatorial;
- Implementar diretrizes da gestão da clínica e da clínica ampliada, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com os pacientes e familiares;
- Implantar e avaliar os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e POPs afetos aos cuidados desenvolvidos na Unidade Ambulatorial;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados no Aplicativo de Gestão para e nos sistemas nacionais de informação da Atenção e da Vigilância em Saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores;
- Manter a página da Unidade Ambulatorial atualizada no site eletrônico, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade Ambulatorial, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

- Planejar juntamente com os profissionais (supervisor técnico), os insumos necessários na prestação da assistência realizando planejamento anual da unidade para apresentar ao administrador;
- Receber escalas mensais e de férias da equipe multidisciplinar;
- Analisar a estatística do Complexo Ambulatorial e relatório de faturamento junto ao administrador;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, as grades de atendimento ambulatorial e/ou atualização elaborada pelo supervisor técnico;
- Receber, analisar, emitir parecer e encaminhar à chefia superior, o pedido de fechamento das grades de atendimentos ambulatoriais;
- Receber da chefia superior o número de consultas preestabelecidas para cada especialidade;
- Conhecer a programação pactuada e integrada ambulatorial;
- Monitorar em conjunto com a regulação, a gestão de consultas realizadas mensalmente com o que se pactuou para o atendimento ambulatorial;
- Intervir junto ao supervisor técnico para levantar causas de inconformidade na gestão de consultas;
- Conhecer a data de abertura das grades de atendimento com antecedência à colocação no sistema;
- Comunicar às Divisões de Gestão de Pessoas e Médica, a taxa de absenteísmo dos profissionais;
- Realizar avaliação de desempenho dos responsáveis dos setores do AME;
- Demandar ao Setor de Gestão de Processos e de Tecnologia da Informação melhorias no sistema, se for necessário;
- Auxiliar na criação do Centro de Custo Ambulatorial;
- Solicitar recursos humanos à chefia superior;
- Viabilizar educação permanente às equipes;
- Acompanhar os mapeamentos e monitorar os indicadores dos processos ambulatoriais.

REQUISITOS DO CARGO

- Pós-graduação Gestão Hospitalar/Saúde;
- Conhecimentos das Políticas de Saúde;

- Planejamento e Administração da Saúde;
- Gestão de Pessoas;
- Saúde Pública;
- Ética e Aspectos Legais;
- Comunicação e Liderança;
- Negociação e Mediação de Conflitos;
- Processos e Sistemas em Saúde;
- Gestão da Informação em Saúde;
- Resultados em Saúde.
- Inscrito no Conselho Regional da área de atuação e em dia com as obrigações junto ao mesmo

DIRETOR GERAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

RESUMO DO CARGO

Trabalhar preservando os valores e princípios da **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, zelando pelo bom funcionamento da Unidade de Saúde sob supervisão do Conselho Administrativo, seus serviços, planejamento, acompanhamento de ações e gestão de pessoas. Atuando de forma a acompanhar, mediar, intervir e fazer interface com os setores da coordenação da Organização, com o objetivo de garantir a melhoria da condição de saúde da população adstrita, atendendo as necessidades do serviço e do contrato de gestão.

REQUISITOS DO CARGO

- Graduação Completa em Medicina, Administração, Enfermagem, Engenharia ou áreas afins;
- Pós-graduação Gestão Hospitalar/Saúde;
- Conhecimentos das Políticas de Saúde;
- Planejamento e Administração da Saúde;
- Gestão de Pessoas;
- Saúde Pública;

- Ética e Aspectos Legais;
- Comunicação e Liderança;
- Negociação e Mediação de Conflitos;
- Processos e Sistemas em Saúde;
- Gestão da Informação em Saúde;
- Resultados em Saúde.

COORDENADOR DE ENFERMAGEM RT

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto/Diretor Técnico

RESUMO DO CARGO

Responsável por observar, analisar gerenciar a equipe de Enfermagem, o conhecimento teórico e prático, visando a melhor conduta ao usuário, garantindo, assim o melhor atendimento na unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coordenar e orientar a equipe de Enfermagem por meio de acompanhamento diário dos procedimentos/ condutas propondo quando necessárias melhorias das técnicas utilizadas e relatando em livro a produtividade diária e as orientações propostas;
- Prestar atendimento de urgência e emergência aos pacientes de alta, média e baixa complexidade assegurando a assistência de enfermagem humanizada, através da conscientização e aplicação de técnicas atualizadas;
- Realizar o protocolo Manchester para melhor avaliação e conduta, assegurando ao usuário um melhor atendimento;
- Elaborar as escalas da equipe de enfermagem de acordo com a necessidade dos setores;
- Checar diariamente os setores; acolhimento, sala de medicação, sala de curativo, observação adulto/infantil e emergência, visando manter os setores organizados, supervisionando o cronograma e a realização da limpeza;
- Autorizar e liberar os materiais e medicações para os setores da enfermagem realizando o controle dos mesmos;

- Controlar e realizar as notificações compulsórias e de acidentes/ violência;
- Acompanhar a visita de fiscalização do COREN e demais órgãos oficiais na ausência do enfermeiro responsável técnico;
- Coordenar, participar e elaborar, juntamente com equipe Multiprofissional todo o Processo de Qualidade, assim como Manuais e P.O.P's referentes a todo e qualquer procedimento relacionado ao Equipamento de Saúde.;
- Desenvolver programas de assistência integral e ininterrupta de enfermagem aos pacientes;
- Planejar, organizar, distribuir e controlar escalas de trabalho e de férias dos profissionais da área de enfermagem que atuam no ambulatório, verificando metas e prazos para o bom andamento dos trabalhos;
- Elaborar o Manual de Normas e Rotinas da Enfermagem;
- Apreciar as propostas e pedidos dos enfermeiros e dos auxiliares e técnicos de enfermagem do ambulatório;
- Promover e estimular a Educação Continuada dos profissionais da enfermagem;
- Planejar e dirigir os trabalhos da equipe de enfermagem do ambulatório, organizando e controlando os programas em execução;
- Verificar o registro na ficha de gastos da utilização de materiais e medicamentos ocorridos nos atendimentos do ambulatório;
- Supervisionar o atendimento da pré-consulta pela equipe da enfermagem;
- Avaliar resultados dos programas implementados no ambulatório para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias;
- Monitorar o desempenho dos profissionais de enfermagem do ambulatório, por meio de indicadores de qualidade;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.
- Cumprir as demais atribuições da categoria elencadas no Regulamento Interno da Divisão de Enfermagem;
- Coordenar os serviços desenvolvidos pelos profissionais Técnicos e Auxiliares de Enfermagem nas Unidades afins, seguindo a filosofia da Divisão de Enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas;

- Administrar o quadro de pessoal de enfermagem, contemplando, dimensionando, e substituindo conforme bloco de cobertura ou em demais áreas, para realizar a manutenção de escalas;
- Garantir a aplicação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem);
- Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o código de ética vigente;
- Elaborar e aprovar a escala mensal de folga junto a coordenação ambulatorial;
- Participar das reuniões científicas e administrativas e passar as informações devidas às equipes de trabalho;
- Encaminhar escala de férias anual com a devida cobertura, citada no documento;
- Comunicar ausência de funcionários para lançamento correto do controle da unidade;
- Escalar os funcionários para as Atividades de Educação em Serviço programadas pela instituição;
- Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das unidades afins;
- Elaborar diagnóstico situacional de enfermagem e plano de intervenção com cronograma de execução da sua unidade de gerenciamento;
- Incentivar e facilitar a participação da equipe de enfermagem sob sua supervisão em projetos culturais e científicos;
- Participar do processo de previsão orçamentária da unidade;
- Realizar reuniões semanais com a equipe de sua unidade, repassando as informações e orientações necessárias para o setor;
- Criar os indicadores de qualidade em enfermagem e propor medidas de intervenção nas unidades sob sua responsabilidade;
- Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de Enfermagem;
- Zelar pela organização e limpeza da unidade;
- Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e tomar medidas cabíveis, quando necessário;
- Fazer a escala de distribuição de serviço para a equipe de enfermagem, considerando as condições dos clientes, a legislação e as competências da categoria profissional;
- Prestar assistência ao cliente, respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;

- Realizar privativamente os procedimentos de alta complexidade estabelecidas em protocolos e pelo conselho de classe;
- Realizar e estimular palestras e orientações em Sala de Espera;
- Supervisionar o suprimento de materiais e providenciar a reposição;
- Emitir pareceres de materiais permanentes e de consumo testados na Unidade;
- Participar em projetos de construção ou reforma da área física da Unidade Ambulatorial junto com a equipe de enfermagem;
- Conferir os materiais utilizados em emergência (laringoscópio, materiais para intubação traqueal e desfibrilador) no início de cada plantão e sempre que necessário;
- Acompanhar os clientes de médio e alto risco seguindo o Manual de intercorrências do Mapeamento de Processos no 18.

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em enfermagem com registro ativo no COREN;
- Desejável experiência profissional na função;
- Especialização e /ou aprimoramento em urgência e emergência;

COORDENADOR OPERACIONAL TIPO DE

SERVIÇO: Urgência e Emergência SUPERIOR

IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto

RESUMO DO CARGO

Responsável pelos processos administrativos e operacionais da Unidade e de todas as rotinas administrativas nos controles de produção, nas agendas dos profissionais, na assistência aos colaboradores nas questões relacionadas à férias, cartão de ponto e saídas, garantindo a qualidade das ações realizadas na Unidade. Gerenciamento dos contratos com terceiros.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar assistência aos demais colaboradores da Unidade em relação à área administrativa, através de elaboração de planilhas, envio de emails, agendamento de compromissos;

- Analisar as planilhas referentes ao fechamento mensal da Unidade com todos os procedimentos realizados, e encaminhando aos responsáveis pelo faturamento;
- Alimentar diariamente as planilhas, visando manter atualizados todos os procedimentos realizados pela unidade;
- Atendimento aos clientes e fornecedores internos e externos através do recebimento de materiais, atendimento telefônico e via email;
- Monitorar o banco de horas dos colaboradores da Unidade através do acompanhamento dos cartões de ponto e elaboração do fechamento do mês para envio ao Departamento de Administração de Pessoal no prazo correto e na programação de férias;
- Enviar diariamente escala médica e produção do dia anterior para os respectivos responsáveis, visando manter atualizados os setores de planejamento e informação;
- Controlar o patrimônio da Unidade realizando vistorias e alertas aos colaboradores para manter o patrimônio bem conservado;
- Solicitar manutenção em geral e compras através do sistema, visando o abastecimento da Unidade e o controle das obras a serem realizadas;
- Recebimento e envio de correspondências físicas e eletrônicas através do email corporativo e via malote;
- Controle de arquivo morto através do envio de documentos para a guarda em empresa especializada.

REQUISITOS DO CARGO

- Estar cursando nível superior ou ter concluído nas áreas de Administração, Administração Hospitalar, Gestão de Processos ou áreas afins;
- Conhecimentos do pacote Office e Internet;
- Experiência na área administrativa e/ou atendimento ao cliente.

DIRETOR TÉCNICO – RT

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto/ Secretario de Saúde

RESUMO DO CARGO

Responsável Técnico pelo Serviço e gerenciamento do corpo clínico. Realizar atendimentos médicos, compondo a equipe multiprofissional e participando de grupos terapêuticos. Participar do Planejamento Estratégico, coordenando juntamente com a Coordenadora de Enfermagem a confecção, aplicação, acompanhamento e atualização de todo o PROCESSO DE QUALIDADE, o que inclui os Protocolos de Atendimentos - Equipe Multiprofissional, indicadores hospitalares, planejamentos futuros, qualificação de toda equipe operacional.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Preparar e acompanhar todo o corpo clínico a fim de fornecer ao paciente atendimento médico de excelência, com segurança e envolvimento no seu cuidado, garantindo privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta ambulatorial, assumindo a responsabilidade sobre seus atos e atendendo fielmente ao postulado no Código de Ética Médica;
- Elaborar e manter atualizado o prontuário do paciente, com os registros de acordo com os preceitos do CFM;
- Colaborar com a integração dos níveis de complexidade do Sistema de Saúde, elaborando adequadamente relatórios médicos destinados aos demais níveis e participando de reuniões clínicas ou de equipe, internas ou externas, quando deve fornecer opiniões médicas de acordo com sua especialidade/formação;
- Participar e coordenar a elaboração de protocolos de atendimento, baseando em diretrizes e consensos das respectivas sociedades de especialidades;
- Participar de reuniões administrativas internas ou externas, quando solicitado, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e aprimorar o padrão técnico e operacional do estabelecimento;
- Participar direta ou indiretamente de comissões internas em que deva haver representantemédico.

REQUISITOS DO CARGO

- Superior completo em Medicina, com registro ativo no conselho de classe;
- Residência Médica e/ou especialização;
- Pós Graduação em Gestao Hospitalar/Saúde.

MÉDICO - RT

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/Gerente Ambulatorial

RESUMO DO CARGO

Responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- 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;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- Cientificar à diretoria da OS das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina;
- Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno.

REQUISITOS DO CARGO

- Graduado em Medicina, com especialidade reconhecida pelo Ministério da Educação;
- Inscrito no Conselho Regional de Medicina e em dia com suas obrigações junto ao mesmo;
- CRM ativo;
- Ética e disciplina.

SECRETÁRIO DE SAÚDE AMBULATORIAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável pelo registro, planejamento e controle da área administrativa, realizando requisições necessárias dentro da unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- Controlar agenda de compromissos;
- Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes à Unidade;
- Catalogar fontes bibliográficas;
- Manter os arquivos atualizados;
- Manter os armários organizados;
- Executar os serviços de digitação da Unidade;
- Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia da Unidade;
- Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
- Participar da organização de eventos;
- Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estada dos componentes da Unidade para eventos externos;
- Digitar os relatórios elaborados pela Chefia da Unidade, Técnicos Responsáveis e Conselho Gestor;
- Participar de reuniões e elaborar as atas da Unidade;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- Conferir agenda e comunicar as atividades do dia à Chefia da Unidade;
- Checar os e-mails da caixa de entrada da Unidade;
- Planejar e organizar eventos;
- Solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor (Ambulatório e Enfermaria).

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em nível médio completo;
- Informática (excel, powerpoint, internet, outlook e outros);
- Habilidade em comunicação vernácula;
- Organização.

ENFERMEIRO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador de Enfermagem

RESUMO DO CARGO

Responsável por observar, analisar gerenciar a equipe de enfermagem com conhecimento teórico e prático, visando a melhor conduta ao usuário, garantindo, assim o melhor atendimento na unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coordenar e orientar a equipe de enfermagem por meio de acompanhamento diário dos procedimentos/ condutas propondo, quando necessário, melhorias das técnicas utilizadas e relatando no sistema a produtividade diária e as orientações propostas;
- Prestar atendimento de urgência e emergência aos pacientes de, alta, média e baixa complexidade assegurando a assistência de enfermagem humanizada, através da conscientização e aplicação de técnicas atualizadas;
- Realizar o protocolo Manchester para melhor avaliação e conduta, assegurando ao usuário um melhor atendimento;
- Elaborar as escalas da equipe de enfermagem de acordo com a necessidade dos setores;
- Checar diariamente os setores; acolhimento, sala de medicação, sala de curativo, observação adulto/infantil e emergência, visando manter os setores organizados, supervisionando o cronograma e a realização da limpeza;
- Supervisionar as datas de vencimentos dos medicamentos/ matérias médico hospitalares nos setores de responsabilidade da enfermagem e no carro de parada;

- Autorizar e liberar os materiais e medicações para os setores da enfermagem realizando o controle dos mesmos;
- Controlar e realizar as notificações compulsórias e de acidentes/ violência;
- Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem seguindo rigorosamente a legislação conforme determinação do COREN;
- Garantir na passagem de plantão descrição de ocorrências em livro próprio;
- Acompanhar a visita de fiscalização do COREN e demais órgãos oficiais na ausência do enfermeiro responsável técnico.

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em enfermagem com registro ativo no COREN;
- Desejável experiência profissional na função;
- Será considerado um diferencial, especialização e /ou aprimoramento em urgência e emergência.

FARMACÊUTICO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral/ Gestor de Projeto/ Coordenador Técnico/Coordenador Operacional

RESUMO

DO

CARGO

Responsável pelo controle da Farmácia da Unidade de atuação visando a dispensação e o uso correto do medicamento e a eficácia do tratamento adotado através da atenção farmacêutica assim como é responsável pelo processo de Padronização dos Antibióticos, Qualidade e Assistência em Geral.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Assegurar que as normas de assistência farmacêutica sejam cumpridas mediante legislação vigente;
- Liderar a equipe de Auxiliares de Farmácia monitorando as ações e capacitando- os para as realizações inerentes ao cargo;

- Participar ativamente junto às equipes multidisciplinares visando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e orientações técnicas voltadas ao paciente visando maior adesão ao tratamento farmacoterápico;
- Elaborar relatórios técnicos com informações referentes ao serviço de farmácia;
- Orientar tecnicamente pacientes e outros profissionais quanto ao uso racional de medicamentos e materiais médicos visando a eficácia do tratamento e utilização adequada dos insumos;
- Garantir a efetividade no controle de estoque através de inventários periódicos e das ferramentas fornecidas pelo sistema de gestão de saúde;
- Monitorar as receitas emitidas no Programa remédio em casa através da conferência com base no sistema de gestão em saúde;
- Controlar os estoques levando em consideração o número de itens e o sistema informatizado.

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em Farmácia, com registro ativo no conselho regional (CRF);
- Experiência profissional na função - mínimo 2 anos.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO

DO

CARGO

Responsável pelo registro e controle da contagem dos procedimentos médicos radiológicos e laboratoriais, visando o faturamento diário dos serviços de saúde, dentro da unidade.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Receber as fichas de atendimento prestados no dia e registrar em formulário específico os procedimentos tais quais; medicação, exames radiológicos, laboratoriais a fim de registrar a produção diária da Unidade;
- Separar e contar as fichas de atendimento para análise e avaliação do responsável técnico ou supervisor;

- Receber e efetuar ligações da Unidade direcionando-as corretamente;
- Arquivar as fichas de atendimento e documentos referentes à enfermagem visando manter um arquivo eficiente e dinâmico;
- Preparar as salas de reuniões e controlar as reservas para utilização através de planilha de controle;
- Controlar e conferir a relação dos protocolos de exames realizados na Unidade através de análise da planilha enviada;
- Prestar todo apoio administrativo na elaboração dos trabalhos diversos conforme demanda da Unidade.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência em atendimento ao público;
- Conhecimentos do pacote Office.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Enfermeiro

RESUMO

DO

CARGO

Garantir e prestar assistência de enfermagem humanizada para complementar a qualidade no tratamento dos usuários da Urgência e Emergência.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar assistência humanizada, segura e individualizada sob supervisão do enfermeiro através dos conhecimentos técnicos adquiridos com a finalidade de garantir a qualidade do serviço prestado;
- Orientar usuários sobre informações relativas à higienização, alimentação, utilização de medicamentos através da promoção da saúde, visando a prevenção de doenças e recuperação dos usuários;
- Executar limpeza, desinfecção e esterilização de materiais através de procedimentos específicos na central de materiais com a finalidade de garantir procedimentos estéreis e seguros;

- Auxiliar o Enfermeiro no atendimento de urgência e emergência conforme técnicas e procedimentos padrão adquiridos na unidade a fim de agilizar o atendimento e prevenir maiores danos ao usuário;
- Realizar diversos tipos de conferência tais quais: os cilindros de oxigênio e ar comprimido, psicotrópicos de uso emergencial, equipamentos calibráveis da unidade visando manter o setor organizado;
- Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais da Divisão de Enfermagem;
- Receber e passar o plantão de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela Instituição;
- Comunicar ao enfermeiro, sua chefia imediata, quaisquer inconformidades ocorridas na Unidade, sejam administrativa e/ou assistencial;
- Estimular o cliente para o autocuidado (higiene, vestimenta e alimentação), realizando para ele os procedimentos que ele não tem capacidade, competência ou recusa a fazê-lo;
- Ofertar alimentos via oral e enteral;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
- Oferecer apoio psicológico aos clientes e familiares;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente e zelar por sua segurança;
- Zelar pela limpeza, organização e conservação de equipamentos e outros materiais de bens da unidade;
- Prestar cuidados de enfermagem no pré e pós-procedimentos operatórios e diagnósticos;
- Executar os POPs, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente e descritos no livro institucional "Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem", tais como: Administrar medicamentos por via oral, enteral e parenteral;
- Realizar curativos de feridas operatórias, fixadores externos, drenos, cateteres intravasculares centrais e periféricos, traqueostomia e feridas crônicas superficiais e sem complicações;
- Quantificar e registrar débito de sondas, drenos e coletores;
- Coletar amostra de material para exames laboratoriais;
- Instalar dispositivos de oxigenoterapia de baixo e de médio fluxo;

- Participar de atividades de educação em saúde, conforme programação do Serviço de Educação e Pesquisa em Enfermagem;
- Executar os trabalhos de rotina vinculados à admissão, transferência e alta de clientes;
- Participar no planejamento, execução e avaliação do transporte intra-hospitalar de baixo, médio e de alto risco;
- Atender aos chamados dos clientes e dos acompanhantes;
- Anotar no prontuário do cliente (impresso ou eletrônico) os cuidados de enfermagem prestados, as orientações feitas e a presença de intercorrências, com precisão, objetividade e clareza;
- Prestar informações e esclarecimentos sob sua competência aos familiares de clientes durante as visitas;
- Manter vigilância permanente aos clientes, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas;
- Cumprir as demais atribuições da categoria elencadas no Regulamento Interno da Divisão de Enfermagem;
- Realizar palestras e orientações em Sala de Espera;
- Observar e cumprir o código de ética de enfermagem, e Regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

REQUISITOS DO CARGO

- Formação em Técnico de Enfermagem, com COREN ativo no ato da inscrição;
- Desejável experiência na função, mínimo 2 anos.

AUXILIAR DE FARMÁCIA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Farmacêutico

RESUMO

DO

CARGO

Responsável por dispensar os insumos aos usuários e para as salas de atendimento da Urgência e Emergência bem como orientar os usuários sobre o uso correto e conservação dos medicamentos visando um atendimento eficaz e humanizado.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Dispensar medicamentos para os usuários, através da análise de receituário, visando à eficácia do tratamento;
- Dispensar materiais médicos hospitalar para enfermagem através de requisições internas, visando o abastecimento da unidade;
- Recebimento e conferência de medicamentos e materiais médicos hospitalar por meio de nota fiscal;
- Realizar inventário físico mensal analisando o estoque e mantendo o controle dos medicamentos;
- Controlar via sistema o armazenamento adequado desse material a fim de controlar os prazos de validade dos insumos;
- Organizar a farmácia e o almoxarifado de forma lógica, conforme, Procedimentos Operacionais Padrão (POP) aplicados em forma de treinamento;
- Checar validade, ordem nas prateleiras identificação de medicamentos e materiais conforme Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Farmácia e Almoxarifado;
- Responder pela organização do arquivo de receitas atendidas diariamente, notas fiscais, requisição de medicamento / material médico hospitalar para enfermagem e registro de temperatura.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio completo;
- Desejável curso técnico de farmácia;
- Caso não tenha o curso técnico é necessário ter experiência na função, mínimo 2 anos;
- Conhecimentos de informática.

RECEPCIONISTA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável por recepcionar todos os usuários através de um atendimento humanizado, visando controlar e organizar os registros de atendimento a fim de formalizar os dados para controle administrativo.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Realizar abertura da ficha de atendimento – preencher e confirmar os dados cadastrais do usuário através do sistema;
- Controlar todos os exames solicitados pelo médico aos usuários, através do registro no sistema;
- Orientar os usuários sobre os endereços das unidades do SUS;
- Fornecer documento ao paciente (cartão SUS e comprovante de horas);
- Registrar e finalizar o atendimento ao usuário através da baixa no sistema;
- Controlar diariamente a entrada dos médicos, através de formulário;
- Realizar atendimento telefônico sempre que necessário.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência prévia em atendimento ao público;
- Noções de Pacote Office – internet – sistemas.

PSICOLOGO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Diagnosticar, prevenir e tratar doenças mentais, transtornos de humor e de personalidade. Estuda, estuda e avalia o desenvolvimento emocional e os processos psicológicos e sociais de indivíduos, grupos e instituições e esclarece conflitos no processo de tratamento.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Assistir o paciente e sua família nas angústias, ansiedades, e a todas as situações emocionais, como a internação e doenças relacionadas;

- Realizar avaliação diagnóstica em Psicologia;
- Dar apoio emocional mediante condutas pré e pós-cirúrgicas, procurando amenizar os sintomas de angústia, medo e tensão, implícitas aos fatores emocionais da própria cirurgia;
- Acolhimento à família na comunicação de más notícias em um contexto de apoio e humanização pela equipe de assistência;
- Proporcionar o suporte emocional ao paciente e sua família nos cuidados paliativos;
- Transmitir as informações ao paciente e sua família junto aos profissionais, respeitando a individualidade de cada um, em uma comunicação clara e objetiva, diante do contexto multiprofissional;
- Realizar intervenções direcionadas à relação equipe-paciente-família;
- Orientar o paciente e sua família, facilitando a compreensão no comprometimento aos processos assistências e melhor adesão aos mesmos;
- Participação com a equipe multiprofissional na visita de leito com orientações que visem ajudar o paciente e a família a compreender, cooperar e aderir ao tratamento proposto;
- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da psicologia;
- Elaborar, implantar e avaliar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas afetos aos cuidados desenvolvidos pela psicologia;
- Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente da própria equipe e das equipes multiprofissionais;
- Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
- Realizar atendimentos psicológicos à pacientes e familiares que apresentam demanda para avaliação e acompanhamento psicológico, de acordo com os critérios para acompanhamento dentro do âmbito da psicologia hospitalar de atendimento a nível terciário.

REQUISITOS DO CARGO

- Graduação em Psicologia;
- Inscrito no respectivo Conselho de Classe e em dia com suas obrigações junto ao mesmo;
- Habilidade Verbal;

- Habilidade Empática e Acolhimento.

ASSISTENTE DE RECURSOS HUMANOS

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsável por coletar, preparar, organizar e executar serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos. Apontamento em folhas de ponto.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Gerenciar e planificar a gestão de salários e benefícios;
- Realizar processo seletivo;
- Planejamento de carreiras;
- Resolver conflitos;
- Fazer leitura de dados e cruzamentos de números para obter informações estratégicas;
- Elaborar programa de treinamento;
- Implementar avaliações de desempenho;
- Desenvolvimento de equipes;
- Resolver duvidas dos colaboradores a cerca da empresa.
- Controlar a presença e frequência dos colaboradores através da folha de ponto, efetuar apontamento de folga, banco de horas, saídas e registrar atestado garantindo a veracidade;
- Desenvolver atividades referente a: férias, rescisão contratual e homologação;
- Auxiliar na folha de pagamento fornecendo dados relevantes (ausências, bônus, licenças etc.);
- Realizar escalas mensais (Higiene, Cozinha, Portaria e Recepção).

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência prévia em recursos humanos;

- Noções do pacote Office.

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Responsáveis nos processos da área administrativa, auxiliando na organização de arquivos, controle de correspondências, emissão ou lançamento de nota fiscal, elaboração de planilhas e relatórios gerenciais.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Acompanhamento e controle das rotinas de trabalho da unidade;
- Auxiliar o gestor e líderes na condução dos processos operacionais e na interface com demais setores da unidade e como o público externo;
- Supervisionar o desempenho das questões burocráticas e administrativas da Unidade Ambulatorial;
- Avaliar e acompanhar, em conjunto com o chefe da Unidade Ambulatorial, os desempenhos funcionais e as taxas de absenteísmos dos profissionais;
- Organizar e acompanhar os pedidos de manutenções preventivas dos equipamentos da Unidade Ambulatorial;
- Auxiliar, no âmbito da Unidade Ambulatorial, o planejamento, a logística e a manutenção de tecnologias e insumos hospitalares;
- Auxiliar com fornecimento de subsídios necessários para aquisição de bens, serviços e insumos no âmbito da Unidade Ambulatorial;
- Mapear, monitorar e acompanhar os custos da Unidade Ambulatorial;
- Acompanhar o faturamento ambulatorial e apresentar relatórios periódicos ao chefe da Unidade Ambulatorial;
- Zelar pelo patrimônio da Unidade Ambulatorial;
- Assessorar gerentes e líderes com questões práticas da rotina de trabalho, como preparar documentos, prestar informações ao público, responder e-mails;
- Organização de arquivos.

REQUISITOS DO CARGO

- Conhecimento em Pacote Office;
- Agilidade;
- Proatividade;
- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência em atendimento ao público.

APOIO ADMINISTRATIVO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Executar serviços de suporte no setor em que estiver lotado, seja por meio de digitação de dados, atendimento ao público interno e externo ou demais tarefas que lhe forem atribuídas pelo superior imediato.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar informações de sua competência técnica ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa;
- Acompanhar o quadro de servidores lotados na Unidade Ambulatorial, controlando as faltas, horas extras, absenteísmo, folgas e cadastro de pessoal;
- Elaborar e atualizar as escalas diárias de serviços;
- Fornecer, mensalmente, à administração da Unidade Ambulatorial, os desempenhos funcionais e as taxas de absenteísmos dos profissionais lotados na Unidade Ambulatorial;
- Homologar férias no sistema;
- Solicitar materiais e insumos para suprir as necessidades da Unidade Ambulatorial;
- Realizar o controle patrimonial da Unidade Ambulatorial;
- Solicitar manutenção de equipamentos e predial;
- Auxiliar no inventário periódico do almoxarifado e das farmácias ambulatoriais;

- Redigir expedientes administrativos (ofícios, memorandos, comunicados, avisos, atas, e-mails e correspondências diversas) de acordo com as normas e instruções de comunicação oficial;
- Conferir protocolos e distribuir correspondências, espelho de ponto, requerimentos diversos, bem como controlar a movimentação e responsabilidade pela remessa dentro do prazo previsto;
- Elaborar relatórios;
- Atualizar a estatística ambulatorial de acordo com os reportes recebidos pelos profissionais da Unidade Ambulatorial;
- Realizar a gestão dos consultórios, identificando-os quando necessário;
- Receber da Direção Clínica as perícias médicas, entregar na ala interna, recolher e devolver à Direção Clínica;
- Acompanhar o faturamento ambulatorial e apresentar relatórios periódicos ao chefe da Unidade Ambulatorial;
- Auxiliar no processo de previsão orçamentária da Unidade Ambulatorial;
- Auxiliar na implantação de indicadores ambulatoriais com o objetivo de aferir a eficiência operacional e a racionalização do uso dos recursos financeiros;
- Executar outras atividades correlatas de acordo com a necessidade de serviço e/ou determinação da chefia;
- Zelar pelo patrimônio da Unidade Ambulatorial.

REQUISITOS DO CARGO

- Conhecimento em Pacote Office;
- Agilidade;
- Proatividade;
- Ensino Médio Completo;
- Desejável experiência em atendimento ao público.

ASSISTENTE SOCIAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Supervisor Administrativo/Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

Formula e implementa políticas públicas e planos sociais em nível coletivo e promove a integração dos indivíduos na sociedade. Oferece serviços sociais e aconselha indivíduos, famílias, comunidades e instituições sobre direitos e obrigações, recursos sociais e programas educacionais.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;

- Sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis;
- Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados.

REQUISITOS DO CARGO

- Ser graduado em Serviço Social;
- Inscrito no respectivo Conselho de Classe e em dia com suas obrigações junto ao mesmo;
- Registro no CRESS;
- Ter o perfil necessário para o dia a dia da profissão;
- Ser atualizado em assuntos relacionados a políticas públicas e direitos e deveres civis.

AUXILIAR DE LIMPEZA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional/Enfermeira Coordenadora

RESUMO DO CARGO

Este profissional desempenha o importante papel de assegurar um ambiente com qualidade de vida sem oferecer riscos a saúde humana. Contribui com a correta limpeza e desinfecção das diversas áreas do estabelecimento de saúde. Responsável por dispensa os insumos aos usuários e para as salas de atendimento da Urgência e Emergência bem como orientar os usuários sobre o uso correto e conservação dos medicamentos visando um atendimento eficaz e humanizado.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coletar resíduos sólidos;
- Coletar roupas sujas das unidades e manejar Pampers;
- Higienizar todos os equipamentos/coletores de resíduos;
- Higienizar, conforme treinamento, diversas áreas do hospital/equipamento de saúde;
- Manter limpo e organizado todos os equipamentos de trabalho assim como todos os ambientes de guarda destes equipamentos;
- Abastecer todos os dispensadores de papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido e álcool em gel.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio completo;
- Desejável experiência na área hospitalar a dois anos;
- Desejável conhecimento em informática.

AUXILIAR DE COZINHA

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional/Nutricionista

RESUMO DO CARGO

O auxiliar de cozinha é o profissional da Gastronomia responsável pelas etapas iniciais da preparação dos alimentos em cozinhas industriais. Suas funções vão desde a higienização, até a ajuda no preparo e elaboração de pratos e refeições. Suas ações são para dar apoio e suporte ao chef de cozinha e demais cozinheiros.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Ter habilidade com utensílios de cozinha, principalmente os cortantes, como facas;
- Diariamente auxilia na preparação de alimentos;
- Faz a higienização do local, dos pratos, talheres, panelas, mesas, balcões, cubas e do maquinário;
- Semanalmente faz uma faxina mais intensa na área, equipamentos e instalações;

REQUISITOS DO CARGO

- Experiência anterior na função;
- Curso na área será um diferencial;
- Ensino médio completo.

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO TIPO DE

SERVIÇO: Urgência e Emergência SUPERIOR

IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

É o responsável por controlar e supervisionar a execução de atividades operacionais e estratégicas administrativas definidas pela empresa, supervisionando os colaboradores responsáveis pelas mesmas e levando informações para a gerência.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Elaboração de relatórios gerenciais;
- Realização de reuniões;
- Monitoramento de metas de equipe;
- Monitoramento do cumprimento de prazos;
- Análise de indicadores;
- Elaboração e alimentação de planilhas de controle;
- Funções operacionais de maior complexidade da área.

REQUISITOS DO CARGO

- Conhecimento do pacote office;

- Experiência anterior na função de no mínimo 1 ano;
- Superior completo em Administração e áreas correlatas.

SUPERVISOR FINANCEIRO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Diretor Geral

RESUMO DO CARGO

Elabora orçamentos e demonstrativos financeiros e econômicos, projeta receitas, coleta dados da empresa, compara valores estimados com realizados, analisa objetivos e metas definidas. Administra recursos financeiros e desenvolve relacionamento com instituições financeiras.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Conduzir o planejamento financeiro da empresa analisando seu desempenho e riscos;
- Manter constante conhecimento da posição financeira da empresa e agir para prevenir problemas;
- Estabelecer e supervisionar o sistema de TI da empresa;
- Definir objetivos e supervisionar todo o pessoal de contabilidade e finanças (contadores, auditores internos, etc.);
- Supervisionar todas as auditorias e operações de controle internas;
- Desenvolver a estratégia corporativa de captação de recursos e gerenciar relacionamentos com parceiros e investidores;
- Preparar relatórios anuais e trimestrais de desempenho financeiro detalhados e dentro do prazo;
- Realizar análises para fazer previsões e reportá-las aos altos dirigentes;
- Garantir aderência às leis e diretrizes financeiras.

REQUISITOS DO CARGO

- Uma mentalidade analítica com habilidade estratégica;
- Excelentes habilidades organizacionais e de liderança;
- Experiência anterior na função de no mínimo 1 ano;
- Graduação/estar cursando Ciências Contábeis, Administração ou Gestão em Finanças.

CONTROLADOR DE ACESSO

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coordenador Operacional

RESUMO DO CARGO

É responsável pelo controle de entrada e saída de pessoas e prestadores de serviço no local, monitora câmeras.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Controle do movimento de pessoal nas áreas aos quais o profissional é responsável
- Controle da entrada e saída de veículos dentro do local protegido;
- Identificação e combate atividades potencialmente estranhas nos locais determinados;
- Encaminhamento de pessoas para os lugares corretos;
- Zelo pela qualidade dos serviços;
- Prestação de informações, quando solicitadas e não sigilosas.

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino médio completo;
- Experiência na função;
- Curso será considerado diferencial.

AJUDANTE GERAL

TIPO DE SERVIÇO: Urgência e Emergência

SUPERIOR IMEDIATO: Coord. Operacional/Nutricionista/Coord. Enfermagem.

RESUMO DO CARGO

Este profissional desempenha o importante papel de assegurar um ambiente com qualidade de vida sem oferecer riscos à saúde humana. Contribui com a correta limpeza e desinfecção das diversas áreas do estabelecimento de saúde. Responsável por dispensa os insumos aos usuários e para as salas de atendimento da Urgência e Emergência bem como orientar os usuários sobre o uso correto e conservação dos medicamentos visando um atendimento eficaz

e humanizado. E em casos de férias no setor da Cozinha, realizará cobertura onde o profissional é responsável pelas etapas iniciais da preparação dos alimentos em cozinhas industriais. Suas funções vão desde a higienização, até a ajuda no preparo e elaboração de pratos e refeições. Suas ações são para dar apoio e suporte ao chef de cozinha e demais cozinheiros.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

- Coletar resíduos sólidos;
- Higienizar todos os equipamentos/coletores de resíduos;
- Higienizar, conforme treinamento, diversas áreas do hospital/equipamento de saúde;
- Manter limpo e organizado todos os equipamentos de trabalho assim como todos os ambientes de guarda destes equipamentos;
- Abastecer todos os dispensadores de papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido e álcool em gel;
- Limpar área de observação e emergência dos pacientes após alta, retirando lixos, limpando vidros etc;

REQUISITOS DO CARGO

- Ensino Médio completo;
- Desejável experiência na área hospitalar a dois anos;
- Desejável conhecimento de informática.

28. TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

A confidencialidade implica na obrigação de não utilizar, explorar, revelar, divulgar ou repassar informações e conhecimentos a terceiros não envolvidos no contrato, sem prévia autorização expressa, por escrito, dos seus detentores, bem como dos seus

EMPREGADORES.

29. FORMULÁRIOS

Ilmo (a) Sr(a):

Referente à: _____

Tendo em vista V. S^a. Ter cometido o(s) ato(s) de indisciplina e infringido o dispositivo legal da letra “H” do Artigo 482 da CLT- Consolidação das Leis do Trabalho, resolvemos aplicar-lhe como medida disciplinar a presente **CARTA DE ADVERTENCIA**, com o intuito de evitar a reincidência ou o cometido de outra(s) falta(s) de qualquer natureza prevista em lei que nos obrigará a tomar outras medidas cabíveis de acordo com a legislação em vigor.

DESCRIÇÃO:

Cidade, _____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) Empregador(a)**Cliente do(a) Empregado(a):**_____
Assinatura do(a) Empregado(a)_____
1ª Testemunha_____
1ª Testemunha**Para seu conhecimento, transcrevemos abaixo o Artigo 482 da CLT:**

Art. 482 – Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:

- a) ato de improbidade;
- b) incontinência de conduta ou mau procedimento; (conduta incabível)
- c) negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador, quando constituir ato de concorrência à empresa para a qual trabalha o empregado, ou for prejudicial ao serviço;
- d) condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;
- e) desídia no desempenho das respectivas funções;
- f) embriaguez habitual ou em serviço;
- g) violação de segredo da empresa;
- h) ato de indisciplina ou de insubordinação;
- i) abandono de emprego;
- j) ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- k) ato lesivo da honra ou da boa fama ou ofensas físicas praticadas contra o empregador e superiores hierárquicos, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- l) prática constante de jogos de azar.

Parágrafo único- Constitui igualmente justa causa para dispensa de emprego a prática, devidamente comprovada em inquérito administrativo, de atos atentatórios contra a segurança nacional.

	AUTORIZAÇÃO BANCO DE HORAS	
---	-----------------------------------	--

FORMULÁRIO	
UNIDADE:	
COLABORADOR (A):	
FUNÇÃO	
GESTOR:	FUNÇÃO:

A autorização do Banco de Horas está em conformidade com a Política de Jornada e, caso não esteja, estou ciente de que, em sendo identificada irregularidade, poderá haver penalidade na forma da legislação trabalhista.

Em caráter de exceção e por necessidade do negócio, fica autorizado o colaborador acima identificado (a) a **realizar banco de horas**.

DATA	HORÁRIO	QUANT.HORAS

Tenho ciência de que a jornada poderá ser compensada em até 6 meses, data em que se encerra o período de apuração de banco de horas.

Estou ciente de que a jornada de trabalho no dia seguinte deverá respeitar um intervalo mínimo de 11 horas e em casos de escala segue a regra do descanso por 36 horas a cada 12 horas trabalhadas.

Justificativa da necessidade de realização de hora extra:

Em ____/____/____

Gestor

Colaborador

DADOS GERAIS	
Nome do Avaliado:	Cargo:
Função:	Admissão:
Data Avaliação:	Escolaridade:
Gerência/Superior Imediato:	

Relacionamos abaixo competências desejáveis à função. Sendo assim, indicar somente uma pontuação conforme a legenda abaixo.

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

Marque uma única pontuação por item:

- 1- Competência Não Desenvolvida;
- 2- Competência Parcialmente Desenvolvida;
- 3- Competência Totalmente Desenvolvida.

REQUISITOS		PONTUAÇÃO		
		L I D	A U T	M E D
Competência Técnica	Definição			
HABILIDADE	Capacidade ter o conhecimento gerando resultados e resolver situações, conflitos.	1	1	4
CONHECIMENTO TÉCNICO	Domínio teórico e experiência no trabalho executado	2	1	2
AGILIDADE	Desenvoltura X Rapidez no desempenho de suas funções	1	1	
SEGMENTOS TÉCNICOS	Está comprometida com os projetos institucionais, cumprindo as normas legais e metas estabelecidas.	2	1	
PREVENÇÃO DE ACIDENTES	Realiza o uso adequado de EPI's quando necessário a fim de prevenir acidentes.	1	1	
ATENÇÃO	Cautela, concentração visual e mental para não gerar erros nas tarefas sob sua responsabilidade.	2	1	
ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO	Organização no trabalho, administrando prazos, rotinas, solicitações e prioridades.	1	1	
CCIH	Hábitos corretos dentro das normas do controle de infecção Hospitalar	2	1	
PROCEDIMENTO ENFERMAGEM	Efetua procedimento de enfermagem, dentro de suas competências técnicas e legais, nos diferentes ambientes, quando indicado e necessários.	1	1	
ATIVIDADES INTEGRAL À SAÚDE	Realiza e participa de atividades de atenção integral à saúde, tanto individual quanto em grupo e com questões prioritárias.	2	1	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

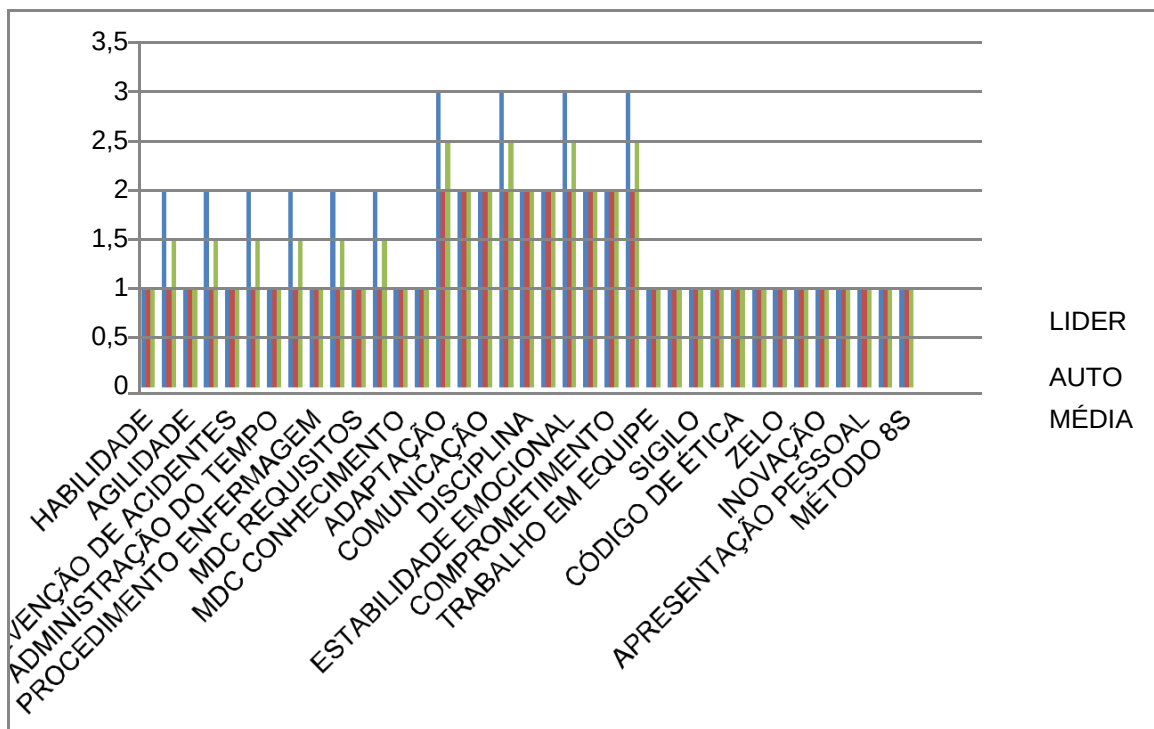
MDC REQUISITOS	Atende plenamente aos requisitos do Manual Descrição de Cargos.	1	1	
MDC HABILIDADE	Atende apenas o requisito Habilidades.	2	1	
MDC CONHECIMENTO	Atende apenas o requisito Conhecimentos.	1	1	
SEGURANÇA DO PACIENTE	Conhece/se baseia/ aplica/desenvolve - hábitos na qual atenda as expectativas e necessidade do paciente	1	1	

	REQUISITOS	PONTUAÇÃO		
		L I D	A U T	M E D
Comportamental	Definição			
ADAPTAÇÃO	Capacidade de reinventar diante de diversos cenários em relação ao trabalho	3	2	2,5
APRENDIZAGEM	É consciente da importância de suas funções e compromete com o seu trabalho e se responsabilize pelo que faz.	2	2	2
COMUNICAÇÃO	Possui clareza e objetividade na emissão na forma de se comunicar, onde se dá o entendimento da informação completo.	2	2	2
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	Compromete-se ao desenvolvimento profissional, onde tem como dever e/ou atribuição estar atualizado.	3	2	2,5
DISCIPLINA	Cumprimento de responsabilidades e respeito diante a hierarquia	2	2	2
EMPATIA	Capacidade de se colocar no lugar do outro e de tratar as pessoas como gostaria de ser tratado.	2	2	2
ESTABILIDADE EMOCIONAL	Capacidade de reagir com controle nas diversas situações de trabalho que envolvam imprevistos, pressão e conflitos.	3	2	
INICIATIVA / INTERESSE	Disposição em tomar frente a algo, apresentando melhorias, estratégias.	2	2	
COMPROMETIMENTO	Compromisso com a empresa, disponibilidade e boa vontade.	2	2	
CAPACIDADE DE LIDAR COM NOVAS SITUAÇÕES	Reagem de forma positiva com mudanças estratégicas, procedimentos mostrando facilidade no processo.	3	2	
TRABALHO EM EQUIPE	Interage com a equipe buscando alternativas de melhorias e atitudes cooperativas.	1	1	
QUALIDADE	Realiza a atividade de forma completa, atendendo aos padrões de qualidade e produtividade esperados.	1	1	
SIGILO	Mantém em sigilo informações e atividades que lhe são confiadas.	1	1	
CAPACIDADE DE ANÁLISE	Refletir e compreender questões de seu campo profissional e estabelecer padrões para responder aos desafios e resolução de problemas, a fim de assumir decisões dentro do seu limite.	1	1	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

CÓDIGO DE ÉTICA	Esta em conformidade com o Código de Ética (sigilo, moralidade, integridade, educação e etc).	1	1	
CRESCIMENTO	Trabalhar a fim de desenvolver competências existentes em um nível superior	1	1	
ZELO	Zela pela conservação do patrimônio público e evita desperdício de material.	1	1	
	REQUISITOS	PONTUAÇÃO		
		L I D	A U T	M E D
Comportamental	Definição			
PONTUALIDADE / ASSIDUIDADE	Cumprir a jornada de trabalho conforme escala, compromisso com a organização e justifica qualquer impontualidade.	1	1	
INOVAÇÃO	Concentra-se nos compromissos de desempenho, contribui com ideias e sugestões para a obtenção de resultados satisfatórios, tendo sempre em mente os objetivos traçados.	1	1	
RELACIONAMENTO INTER SETORIAL	Capacidade de interagir com a equipe, troca de experiências, sensações etc.	1	1	
APRESENTAÇÃO PESSOAL	Uso do crachá, uniforme e higiene pessoal.	1	1	
POLITICAS	A capacidade de comunicar eficazmente os valores e cultura do negócio	1	1	
MÉTODO 8S	Maneira como organiza atividades, local de trabalho e capacidade de cumprir com o 8S.	1	1	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br



DADOS GERAIS

NOME:

SETOR:

AVALIADOR:

DATA AVALIAÇÃO:

INSTRUÇÕES

01	Este formulário constitui a primeira avaliação de desempenho do novo colaborador.
02	O preenchimento deverá ser realizado junto ao estagiário, dedicando os feedbacks (positivos e/ou negativos) necessários.
03	Observe a data de devolução (2 dias após recebimento). O mesmo deve ser entregue ao RH, com a assinatura do colaborador e do líder que avaliou.

1. Assinale apenas 1 frase de cada item, em casos de não corresponderem às características, vale a que mais se aproximar, fornecendo maiores explicações no espaço reservado a "observações".

ADAPTAÇÃO AO TRABALHO

	Possui um comportamento divergente ao solicitado e demonstra constata muitas dificuldades de aceitação das características da empresa.
	Necessita alterar suas características pessoais para integrar-se ao meio de serviço e aos requisitos da empresa. Tem feito o possível para integrar-se.
	Está identificado com as atividades do seu cargo, e integrou-se perfeitamente às normas e cultura da empresa.
OBS.:	

INTERESSE

	Apresenta falta de entusiasmo e vontade de trabalhar, sem motivação.
	Tem-se impressão que futuramente necessitará de constantes estímulos para interessar-se por seu trabalho.
	Apresenta uma motivação adequada, onde mostra interesse ao emprego.
OBS.:	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

	AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO PROBATÓRIO	
---	--	--

RELACIONAMENTO SOCIAL	
	Sente-se ausente com a equipe na qual trabalha, parecendo não ter sido aceito.
	Está se dedicando para participar com a integração social do ambiente.
	Apresentou habilidade com a equipe, participa ativamente, mesmo com pouco tempo já se adaptou.
OBS.:	

CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM	
	Não possui a compreensão do ensinamento, parece não ter a mínima capacidade de aprendizado.
	Possui aprendizado à custa de grande esforço pessoal, sendo necessário repetir várias vezes.
	Possui aprendizado correto ao cargo, tendo como facilidade para aprender as novas atividades permitindo-lhe executar as tarefas sem falhas.
OBS.:	

2. Avalie juntamente com o Colaborador cada competência e habilidade abaixo, com a classificação indicada abaixo:

- (1) **Abaixo do esperado:** abaixo do desempenho esperado.
(2) **Dentro do esperado:** correspondeu ao desempenho esperado.
(3) **Acima do esperado:** superou ao desempenho esperado.

Competências/Habilidades		Descrição	Auto Avaliação	Avaliação do Gestor
Clima Comportamento	Adaptabilidade às Mudanças	Possuir fácil adaptação às mudanças propostas como, métodos, processos, ferramentas, equipamentos, etc.		
	Comunicação	Possuir uma boa maneira de se comunicar, passar informações de forma clara, objetiva e também capacidade de ouvir os outros contribuindo para atingir os objetivos.		
	Comportamento Ético	Possuir respeito ao próximo, integridade, impessoalidade nas ações e a valorização da cidadania e do bem público.		

	Relacionamento Interpessoal	Ter uma boa relação entre a equipe, clientes e/ou pacientes mantendo o local agradável e produtivo.		
	Organização do Tempo e Trabalho	Considerar a assiduidade, ser pontual, entender quais são as prioridades e prazos para a realização das atividades.		
Perfil	Flexibilidade	Compreensão às novas situações de trabalho, podendo exercer múltiplas atividades.		
Pilar	Comprometimento	O esforço dentro da Organização, em meio de partilhar a cultura e valores entre equipe em busca do atingimento aos objetivos.		
	Trabalho em Equipe	Capacidade de interagir e contribuir no compartilhamento atividades, ideias, plano de trabalho etc.		
	Criação ou Inovação	Capacidade de inovar e/ou criar novas ideias, processos e fluxos no meio organizacional, na qual gera otimização nos processos.		
Trabalho	Resolução de Problemas	Capacidade de resolver problemas e/ou imprevistos, de forma eficaz..		
	Qualidade do trabalho	Capacidade de obter a qualidade de forma organizada, clara, consistente em qualquer atividade.		
	Aplicação do Conhecimento	Aplicar através da experiência, diferentes métodos, procedimentos, equipamentos e ferramentas, a fim de melhorar o desenvolvimento das atividades.		
	Capacitação e Desenvolvimento Profissional	Buscar qualificação e aprimoramento pessoal e profissional, com o objetivo de estimular a melhoria.		

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

10m

INFORMAÇÕES GERAIS

Principais qualidades:

Pontos de melhorias:

Ações que possam qualificar/estimular seu desempenho.

Biritiba Mirim, ____/____/____	Biritiba Mirim, ____/____/____	Biritiba Mirim, ____/____/____
_____ ESTAGIÁRIO	_____ AVALIADOR	_____ RH E/OU DIRETORIA

DADOS GERAIS

Nome do Avaliado:	Cargo:
Função:	Admissão:
Data Avaliação:	Escolaridade:
Gerência/Superior Imediato:	

OBJETIVO DA AVALIAÇÃO

- I. Esta primeira avaliação tem como objetivo iniciar um processo de observação e análise do desempenho profissional, onde seu resultado depende a sua contratação ou desligamento definitivo da empresa.
- II. O preenchimento deve ser feito junto com o novo colaborador, aproveitando a oportunidade para ceder o feedback, tanto os positivos quanto os negativos.
- III. Observe a data de devolução, que é de até 2 dias após o recebimento. O mesmo deve ser entregue ao RH, com a assinatura do colaborador e do líder que avaliou.

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

Marque com X uma única pontuação por item:

1. FLEXIBILIDADE/ADAPTAÇÃO - Comportamento e atitude com relação às normas e procedimentos.

- ☐ Mantém um comportamento oposto ao solicitado para o seu cargo e demonstra ter sérias dificuldades para cumprir as normas e procedimentos da empresa.
- ☐ Precisa modificar seu comportamento e suas atitudes para poder integrar-se ao trabalho e para seguir as normas da empresa.
- ☐ Tem feito o possível para cumprir as normas e regulamentos da empresa e, aos poucos, está adaptando-se ao trabalho.
- ☐ Suas características pessoais são incompatíveis aos requisitos do cargo e à cultura da empresa.
- ☐ Está plenamente identificado com as atividades do seu cargo, e segue corretamente as normas e regulamentos da empresa.

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Am

2. INTERESSE E INICIATIVA - Entusiasmo demonstrado frente ao trabalho (comportamento e atitude).

- ☐ É indiferente. Demonstra uma falta total de entusiasmo e interesse pelo trabalho.
- ☐ Ainda necessita de constante estímulo. Pouca iniciativa e entusiasmo
- ☐ Iniciativa e entusiasmo adequados, considerando o seu pouco tempo de casa.
- ☐ Está vivamente interessado em seu novo emprego. Dedicar-se ao trabalho com entusiasmo

3. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL - Integração do colaborador a equipe na qual se trabalha.

- ☐ Sente-se perdido entre os colegas, parece não ter sido aceito pelo grupo.
- ☐ Está, pouco a pouco, conseguindo integrar-se ao grupo, mas ainda tem dificuldade.
- ☐ Integrou-se bem com a maioria.
- ☐ Possui grande habilidade para conseguir amigos. Mesmo com pouco tempo de casa, todos gostam dele.

4. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM - Facilidade em perceber pontos importantes daquilo que lhe está sendo ensinado.

- ☐ Tem dificuldade em compreender o que lhe é ensinado, parece não ter a mínima capacidade para o trabalho.
- ☐ Está conseguindo aprender o que lhe foi ensinado à custa de grande esforço pessoal. É necessário dar-lhe a mesma orientação várias vezes.
- ☐ Parece adequado ao cargo para o qual foi contratado. Aprende suas tarefas sem grandes dificuldades. Absorve bem a orientação que lhe é dada.
- ☐ Parece especialmente habilitado para o cargo em que está. A facilidade com que aprende seu trabalho permite-lhe executá-lo sem falhas.

5. FALTAS E ATRASOS - Responsabilidade quanto ao cumprimento de horário e jornada de trabalho.

- ☐ Por motivos não justificáveis tem faltado ou deixado de cumprir o horário.
- ☐ É um pouco relapso quanto ao cumprimento da jornada de trabalho.
- ☐ Suas faltas e atrasos foram plenamente justificados.
- ☐ Não tem faltado e cumpre o horário corretamente.

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

INFORMAÇÕES GERAIS

PRINCIPAIS QUALIDADES:

COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS:

DEVOLUTIVA AO COLABORADOR:

CLASSIFICAÇÃO:

- () NÃO POSSUI COMPETÊNCIAS DESTINADAS AO CARGO.
() POSSUI UM BOM DESEMPENHO, MAS REQUER DESENVOLVIMENTO/QUALIFICAÇÃO.
() SUPEROU AS EXPECTATIVAS.

SÍNTESE:

- () DESLIGAMENTO;
() PROLONGAR O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA;
() EFETIVAR.

Colaborador_____
Avaliador_____
RH

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Am

CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICAMOS QUE

**NOME,
CPF**

Participou do Treinamento _____, realizado em ____ de ____ de ____ no PRONTO ATENDIMENTO
DE BIRITIBA MIRIM (SP) com carga horária de ____ horas e Ministrado por _____ cujo RG _____.

PALESTRANTE

DIRETOR

SECRETÁRIA DE SAÚDE

 SANTA CASA São Bernardo do Campo	TERMO CONFIDENCIALIDADE	
--	--------------------------------	--

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, com endereço Avenida Robert Kennedy, 2900, Assunção, 09860-214, inscrita no CNPJ sob o nº 47.708.771/0001-00 doravante denominada **EMPREGADORA** e de outro lado _____, portador (a) da Carteira Profissional nº ____ série ____ /SP, nacionalidade _____, natural _____, residente e domiciliada Rua _____, doravante denominado (a) **EMPREGADO (A)**, têm como justo e acertado o presente **termo aditivo ao contrato de trabalho**:

DA CONFIDENCIALIDADE DE CONHECIMENTO E INFORMAÇÕES

Cláusula Primeira: Todas as informações e conhecimentos aportados pelas Partes para a execução do presente contrato são tratados como confidenciais, assim como todos os seus resultados, somente podendo ser utilizadas quando e enquanto necessário para o desempenho de suas atividades junto à EMPREGADORA, comprometendo-se o(a) EMPREGADO(A) a manter em absoluto sigilo todas as informações a que vier a ter acesso, sejam recebidas diretamente da EMPREGADORA ou de empresas coligadas, de seus atuais ou potenciais parceiros comerciais, em qualquer circunstância, durante e após o vínculo contratual, qualquer que seja a causa, não podendo revelá-las, total ou parcialmente, direta ou indiretamente.

Parágrafo Primeiro. A confidencialidade implica na obrigação de não utilizar, explorar, revelar, divulgar ou repassar informações e conhecimentos a terceiros não envolvidos no contrato, sem prévia autorização expressa, por escrito, dos seus detentores, bem como dos seus **EMPREGADORES**.

Parágrafo Segundo. O(a) EMPREGADO(A) deverá comunicar previamente a todas pessoas físicas ou jurídicas que venha a transmitir informações obtidas em função da prestação de serviços à EMPREGADORA, o caráter de confidencialidade das mesmas, e obter, antes de divulgá-las, a concordância prévia e o compromisso de sigilo dos terceiros que vierem a receber tais informações.

Parágrafo Terceiro. Não são tratados como conhecimentos e informações confidenciais aqueles que tenham se tornado de conhecimento público pela publicação de pedido de patente ou registro público, ou de outra forma que não por meio das Partes.

 SANTA CASA São Bernardo do Campo	TERMO CONFIDENCIALIDADE	
--	--------------------------------	--

Parágrafo Quarto. Tampouco serão tratados como confidenciais os conhecimentos e informações cuja divulgação torne-se necessária para a obtenção de autorização governamental para comercialização dos resultados do contrato ou quando exigida por lei, ou quando necessária ao cumprimento de determinação judicial e/ou governamental.

Parágrafo Quinto. Qualquer exceção à confidencialidade, prevista nesta cláusula, só será possível com a anuência prévia do **EMPREGADOR**.

Cláusula Segunda. O compromisso de confidencialidade previsto na Cláusula Primeira do presente aditivo permanecerá válido e eficaz mesmo após o término da relação empregatícia advindas do contrato de trabalho, ficando expressamente vedada ao(à) EMPREGADO(A) a utilização de informações obtidas durante a vigência do presente contrato em proveito próprio ou de terceiros, especialmente em negócios que concorra com a EMPREGADORA ou empresas coligadas.

Parágrafo primeiro. O (A) EMPREGADO(A) compromete-se, sob as penas da lei, a não obter cópias físicas ou por qualquer meio eletrônico, inclusive através do envio de arquivos/informações anexadas a e-mail de qualquer documento, arquivo ou informação da EMPREGADORA.

DA NÃO CONCORRÊNCIA.

Cláusula Terceira. O (A) EMPREGADO(A) se compromete no curso do seu contrato de trabalho a não empreender, sob qualquer hipótese, em comercialização, negociação, intermediação, ou qualquer outra forma de negócio pontual ou habitual com empresas concorrentes às atividades comerciais, produtos e serviços desenvolvidos por sua EMPREGADORA, sob pena de dispensa por justa causa.

Cláusula Quarta. O (A) EMPREGADO (A) compromete-se a manter o compromisso de não realização de atividade comercial com os serviços e produtos desenvolvidos ou comercializados pela EMPREGADORA, seja por empreendimento próprio ou na qualidade de empregado ou prestador de serviços para terceiros que mantenham negócios que concorram com a EMPREGADORA, devendo manter essa obrigação após o encerramento do seu contrato de trabalho.

 SANTA CASA São Bernardo do Campo	TERMO CONFIDENCIALIDADE	
--	--------------------------------	--

Cláusula Quinta. O descumprimento deste aditivo pelo(a) EMPREGADO(A), incluindo qualquer de seus prepostos, representantes jurídicos e legais, ou funcionários, implicará em sua responsabilização pelas perdas e danos acarretados à EMPREGADORA.

DO COMPROMISSO COM A ÉTICA E LEI ANTI-CORRUPÇÃO

Cláusula Sétima: O(A) EMPREGADO(A) se compromete neste ato a observar e cumprir, durante todas as atividades desenvolvidas por força do presente contrato de trabalho, em especial durante negociações e transações comerciais, todas as leis e regulamentos aplicáveis, em sentido amplo, incluindo, mas não se limitando às normas e estatutos de repressão à corrupção, aliciamento e ilícitos similares.

Parágrafo primeiro. Compromete-se ainda o EMPREGADO(A) a não conceder, ofertar, prometer ou autorizar o pagamentos, independentemente do meio utilizado, de quaisquer valores ou, ainda, outorgar benefícios, favores, doações, presentes, serviços ou mesmo oportunidades de negócios que constituam uma vantagem econômica imprópria, como forma de viabilizar a efetivação de qualquer transação comercial, a qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada.

Parágrafo segundo. O(A) EMPREGADO(A) comunicará à EMPREGADORA sobre toda e qualquer pedido ou exigência, feita por qualquer dos investidores que por esta última tenham sido apresentados, de benefício impróprio, anti-ético ou que constituam uma vantagem econômica indevida.

Cláusula Oitava: O contrato de trabalho fica ratificado em todos os seus termos, cláusulas e condições não expressamente alteradas por este documento, que àquele se integra, formando um todo, único e indivisível para todos os efeitos legais.

Assinado por ambas as partes em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

 SANTA CASA São Bernardo do Campo	TERMO CONFIDENCIALIDADE	
--	--------------------------------	--

Cidade, _____.

Assinatura do(a) empregado(a)

Assinatura da empregadora

Testemunhas

1) _____

2) _____

IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	
ADMISSÃO: () INDICADO () SELECIONADO	DATA DE ADMISSÃO:
DATA DESLIGAMENTO:	
FUNÇÃO:	
SUPERIOR IMEDIATO:	
MOTIVO	
INICIATIVA DA EMPRESA: () sem justa causa () com justa causa () tinha interesse em ser desligado	
MOTIVOS () Improdutividade () Indisciplina () Redução de quadro () Término do contrato () Falta de comprometimento aos objetivos.	
HOUVE FEEDBACK ONDE CONSIDERA TER OCASIONADO O DESLIGAMENTO? () Sim () Não	
INICIATIVA DO COLABORADOR: MOTIVOS () Inadaptação à empresa () Abrir negócio próprio () Insatisfeito com salário () Desmotivação () Falta de oportunidade de desenvolvimento Observação:	
O QUE DEVERIA SER FEITO	
3.6. Ocupava um cargo no qual pudesse demonstrar a experiência que trazia de empregos anteriores e/ou adquiridos na empresa?	() Sim () Não
3.7. Você teve oportunidade de crescer dentro da empresa?	() Sim () Não
OPINIÕES DO ENTREVISTADO	
GOSTARIA DE TRABALHAR NOVAMENTE NA SANTA CASA SBC?	
GOSTARIA DE CONTRIBUIR COM SUGESTÕES?	
SE SIM, DESCREVA:	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

OPINIÕES DO ENTREVISTADO

GOSTARIA DE TRABALHAR NOVAMENTE NA SANTA CASA SBC?

GOSTARIA DE CONTRIBUIR COM SUGESTÕES?

SE SIM, DESCREVA:

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

Muito Bom

Bom

Regular

Ruim

BENEFÍCIOS

TST

SALÁRIO

AMBIENTE

FERRAMENTAS

VALORES

E NORMAS

ESTRUTURA

RELAC.

INTERPESSOAL

METAS

TREINAMENTOS

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

FICHA CADASTRAL

EMPRESA:			
CURSO:			
Nº APÓLICE DE SEGURO:		CARGA HORÁRIA:	
NÍVEL ESCOLARIDADE:		OBRIGATÓRIO: () SIM () NÃO	
VALOR DA BOLSA:		INICIO:	TÉRMINO:
DADOS PESSOAIS:			
NOME:			
RG:	DATA EXP.:	ORGÃO EXP.:	
CPF:	DATA EXP.:	VALOR AUXILIO VT:	
SEXO:	DATA DE NASC.:	E-MAIL:	
PIS:	TITULO:	ZONA/SEÇÃO:	
NOME DO PAI:		NOME DA MÃE:	
ENDEREÇO:			
COMPL.:	BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
TEL.:	CELULAR:		
DISCIPLINAS PENDENTES:			
RESPONSÁVEL DO MENOR			
NOME:			
TELEFONE:		CPF:	
INSTITUIÇÃO			
RAZÃO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO:			
CNPJ:			
ENDEREÇO COMPLETO:			
NOME DO SUPERVISOR NA EMPRESA:			
CPF:			
RAZÃO SOCIAL DO AGENTE DE INTEGRAÇÃO:			
CNPJ:			
RESPONSÁVEL:			
DOCUMENTOS PRELIMINARES:			DATA RECEBIMENTO:
RG	☐ SIM ☐ NÃO		
CPF	☐ SIM ☐ NÃO		
CARTEIRINHA DE VACINA	☐ SIM ☐ NÃO		
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	☐ SIM ☐ NÃO		

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Am

Biritiba Mirim, ____ de ____ de ____.

Assinatura _____



EMPRESA: _____

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____
 Naturalidade: _____
 End. Residencial: _____ Nº: _____ Compl.: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____
 Telefone: _____ Celular: _____
 PREVIDÊNCIA PRIVADA? PGBL () OU VGBL () VALOR MENSAL: R\$ _____

ESCOLARIDADE

() analfabeto () até 4ª série incompleta () 5ª a 8ª série incompleta () 1º grau)
 completo
 () 2º grau incompleto () 2º grau completo (Ensino Médio Completo (superior
 completo

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Estado Civil: _____ Nome do Cônjuge: _____
 RG/CPF do Cônjuge? _____ Data de Nascimento: _____
 Possui filhos? _____ Quantos menores de 14 anos? _____
 RG/CPF: _____ Data de Nascimento: _____
 Efetua pagamento de Pensão Alimentícia/Jurídica? _____ Qual valor? R\$ _____

DADOS DE ADMISSÃO

Função: _____
 Data admissão: ____/____/____
 Salário R\$: _____

HORÁRIO DE TRABALHO

Dias da semana: _____
 Horário: _____

VALE TRANSPORTE

() Ônibus = R\$ () Metrô = R\$ () Trem = R\$ () Integração= R\$
 DESCONTA 6%: () SIM () NÃO

Observações: _____

Assinatura do Funcionário: _____ Data: _____
 ____/____/____

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

EMPRESA: _____

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome:	Data Nasc.: ____/____/____	
Naturalidade:		
End. Residencial:	nº:	
compl.:		
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:		
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	email:
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Identidade RG nº:	Órgão Emissor:	Data
Expedição:		
CPF/MF nº:	PIS/PASEP nº:	Primeiro Emprego? ()
() SIM () NÃO		
CTPS nº:	Série:	Data Expedição:
Título de eleitor:	Zona:	Seção:
Certificado militar:	Categoria:	Série:

ESCOLARIDADE

() analfabeto () até 4ª série incompleta () 5ª a 8ª série incompleta () 1º grau completo

() 2º grau incompleto () 2º grau completo () Ensino Médio Completo () superior completo

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Cor/Raça:	
Estado Civil:	Nome do Cônjuge:
RG/CPF do Cônjuge?	Data de Nascimento:
Possui filhos?	Quantos menores de 14 anos?
RG/CPF:	Data de Nascimento:

Efetua pagamento de Pensão Alimentícia/Jurídica? **Qual valor? R\$**

SPED ESOCIAL

Residência é própria ou alugada?

Funcionário faz utilização de recursos do FGTS em financiamentos?

Previdência Privada? PGBL () OU VGBL () VALOR MENSAL: R\$

Data do exame Médico Admissional: _____

Nome do Médico Responsável: _____ CRM: _____

DADOS DA ADMISSÃO

Função:	Salário inicial R\$:
Data admissão: ____/____/____	Data do Exame Admissional:
Período de experiência:	Prorrogado: por

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

HORÁRIO DE TRABALHO

DIAS DA SEMANA: _____

HORÁRIO DE ENTRADA: ____:____ / HORÁRIO DE SAÍDA: ____:____

CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ CARGA HORÁRIA MENSAL: _____

VALE TRANSPORTE

() Ônibus = R\$ () Metrô = R\$ () Trem = R\$ () Integração = R\$

DESCONTA 6%: () SIM () NÃO

Assinatura do Funcionário: _____ Data: _____
_____/_____/_____

REQUISIÇÃO DE VAGAS

Form. Nº:

Nº DA REQUISIÇÃO

Nº DA REQUISIÇÃO	NOME:		
	ÁREA:		
	CARGO:		
	DATA DE ABERTURA DA VAGA:	QUANT. DE VAGAS:	

DADOS GERAIS DA VAGA

CARGO REQUISITADO:	SALÁRIO PROPOSTO:
ÁREA/SETOR:	JORNADA MENSAL: 120 () 150 () 180 () 220 ()
ABRIR RECRUTAMENTO INTERNO PRIMEIRO: ☐ SIM ☒ NÃO	
REQUER TESTE PRÁTICO OU PROVA: ☐ SIM ☐ NÃO	QUAIS TESTES:
IDADE: DE _____ A _____ ☐ INDIFERENTE	A VAGA É CONFIDENCIAL: ☐ SIM ☐ NÃO
VT ☐ SIM ☐ NÃO	
VALE ALIMENTAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO	OUTROS BENEFÍCIOS:
ALIMENTAÇÃO NO LOCAL: ☐ SIM ☐ NÃO	QUAL? _____
INSALUBRIDADE: ☐ SIM ☐ NÃO	

REQUISITOS DO CARGO

MOTIVO DA REQUISIÇÃO	ESCOLARIDADE	HORARIO DE TRABALHO
☐ AUMENTO DO QUADRO	☐ ENSINO FUNDAMENTAL	CARGA HORARIA SEMANAL: _____
☐ FUNCIONÁRIO AFASTADO PELO INSS	☐ ENSINO MÉDIO	DIAS DA SEMANA: _____
☐ FUNCIONÁRIO PROMOVIDO	☐ ENSINO TÉCNICO	HORARIO : DAS _____:_____ ÀS _____:_____
☐ FUNCIONÁRIO DEMITIDO	☐ ENSINO SUPERIOR	
☐ COLABORADOR TRANSFERIDO	☐ PÓS / MBA / MESTRADO	
☐ FUNCIONÁRIO PEDIU DEMISSÃO		

EM CASO DE SUBSTITUIÇÃO, NOME DO COLABORADOR:

DESCRIÇÃO DA VAGA (pré requisitos obrigatórios e desejáveis relevantes para o exercício da função: ÁREA DE FORMAÇÃO, CURSOS, HABILIDADES, COMPORTAMENTAIS, TEMPO DE EXPERIÊNCIA)

Pré requisitos obrigatórios	Pré requisitos desejáveis
<u>Colocar formação acadêmica, curso especial (especificação), experiência desejada, perfil do cargo (características pessoais, informática, idiomas, CNH, viagens)</u>	

ATRIBUIÇÕES DO CARGO (ATIVIDADE A SER REALIZADA):

NOME E TELEFONE DO CANDIDATO INDICADO:

APROVAÇÕES

VISTO DO REQUISITANTE:

COORDENADOR APROVADOR:

DIRETOR APROVADOR:

COMENTÁRIO

FINALIZAÇÃO DA REQUISIÇÃO DE VAGA (Preenchido pela área de RH)

NOME DO(S) CANDIDATO(S) APROVADO(S)	DATA DO TÉRMINO DA(S) VAGA(S)

MATRIZ DE TREINAMENTOS

		NOME					
Dados	Data de Realização						
	Validade do certificado						
	Consultor Treinamento						
	Custo R\$						
	Tipo de Treinamento						
	Carga horária						
	Modalidade						
	Recurso Interno/Externo						
Cargos e Funções	ADMINISTRAÇÃO						
	TERCEIROS						

	NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS E EVENTOS DE MATERIAIS HOSPITALARES	
---	---	--

UNIDADE:		SETOR:	
DATA DE IDENTIFICAÇÃO:		TIPO DE ESTABELECIMENTO:	
MEIO DE NOTIFICAÇÃO: ☐ E-mail ☐ Telefone		RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO:	
E-MAIL:		TELEFONE:	

DADOS DO PRODUTO	
CÓDIGO PRODUTO:	
DESCRIÇÃO:	
CATEGORIA (TIPO DE INSUMO): ☐ BIOLÓGICO. ESPECIFIQUE: _____ ☐ MÓVEIS. ESPECIFIQUE: _____ ☐ ESTERILIZANTE. ESPECIFIQUE: _____ ☐ HIGIENE. ESPECIFIQUE: _____ ☐ FARMÁCIA. ESPECIFIQUE: _____ ☐ MÉDICO. ESPECIFIQUE: _____ ☐ LAVANDERIA (ROUPARIA). ESPECIFIQUE: _____ ☐ ENFERMAGEM. ESPECIFIQUE: _____	
DESTINAÇÃO DE USO: _____	
REGISTRO ANVISA: _____	
DATA DE FABRICAÇÃO: _____	
LOTE: _____	
PRODUTO REPROCESSADO: _____	
OBSERVAÇÃO	

DADOS DO FABRICANTE	
RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:	UF:
E-MAIL:	

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

km

 SANTA CASA São Bernardo do Campo	NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS E EVENTOS DE MATERIAIS HOSPITALARES	
--	---	--

QUEIXA TÉCNICA

DESVIO:

IMAGENS:

▪ Levou agravo a saúde do paciente?	Sim	Não	OBS:
▪ Levou risco a saúde do profissional?	Sim	Não	OBS:
▪ Causou transtornos técnicos com: custos? OBS: _____	Desperdício de Material	Retrabalho	Onerou
▪ Houve notificação anterior?	Sim	Não	Quantas vezes? _____

TIPO DE DESVIO:

☐ DESVIO DE QUALIDADE;

☐ SINTOMAS RELACIONADOS AO USO;

☐ ACIDENTE NA QUAL INCLUI O COLABORADOR.

DADOS PESSOAIS DO ACIDENTADO

NOME:

OCUPAÇÃO: _____ **DATA:** _____

ENDEREÇO:

DESCRIÇÃO ACIDENTE:

_____ NOME RESPONSÁVEL LAVANDERIA	_____ ASSINATURA	_____ CARGO/FUNÇÃO
--------------------------------------	---------------------	-----------------------

_____ NOME LEGÍVEL DO NOTIFICANTE	_____ ASSINATURA	_____ CARGO/FUNÇÃO
--------------------------------------	---------------------	-----------------------

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

RESOLUÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

Regulamenta a Concessão de Cenário de Prática para realização de Estágios na Rede de Saúde do Município de _____.

A Prefeitura Municipal de _____, no uso de suas atribuições que lhes são conferidas a Lei Orgânica do município e considerando:

De acordo com o Município*

Considerando a necessidade de regulamentar os estágios não remunerados na Rede de Atenção à Saúde de _____, bem como instituir as diretrizes para a celebração de compromissos e mecanismos de cooperação entre as instituições de ensino e gestão municipal de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino aprendizagem e formação no âmbito do SUS:

RESOLVE:

Art. 1º Fica regulamentada a concessão de cenário de prática para a realização de estágios curriculares de estudantes de nível técnico profissional e de nível superior, a ser realizado na Rede de Atenção à Saúde de _____, de acordo com o disposto nesta Resolução e seus anexos.

CAPÍTULO I

DAS DIPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 2º A ocupação dos cenários de prática para a realização de estágios na Rede de Atenção à Saúde de _____ somente se dará por contrato entre Instituições de Ensino e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Parágrafo Único: Sob-hipótese alguma a concessão de estágios será feita diretamente com o(s) estudante(s), tampouco sem formalização junto à Educação Permanente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

CAPÍTULO II

DA MANIFESTAÇÃO DO INTERESSE

Art. 3º As Instituições de Ensino interessadas em campos de estágio na Rede de Atenção à Saúde de _____ deverão encaminhar à Organização Social, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, setor Administração: Educação Permanente os documentos descritos abaixo:

1. Ofício em papel timbrado da Instituição de Ensino, assinado pelo seu representante legal, com identificação do curso técnico ou superior e que contenha o endereço eletrônico institucional para comunicação oficial;
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
3. Comprovante de regularidade para com a Fazenda Federal, por intermédio da Certidão de Tributos e Contribuições Federais, expedida pela Secretaria da Receita Federal e da Certidão da Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria da Fazenda Federal ou a Certidão Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União;
4. Certidão negativa ou positiva com efeito de negativa de débitos relativos às contribuições previdenciárias e às de terceiros, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (SRB), quanto às contribuições sociais previstas nas alíneas a, b e c do parágrafo único do art. 11 da Lei nº. 8.212, de 24/07/1991, às contribuições instituídas a título de substituição e às contribuições devidas, por lei, a terceiros, inclusive as inscritas em dívida ativa do INSS, por ela administradas;
5. Certificado de Regularidade de Situação para com o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS);
6. Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata, expedida pelo Distribuidor da sede da pessoa jurídica;
7. Projeto Político Pedagógico do(s) curso(s), explicitando atividades curriculares a serem desenvolvidas e que contenha os planos de estágio previstos;
8. Comprovação de aprovação do(s) curso(s) pelo Ministério da Educação;
9. Cópia autenticada da apólice de seguros firmada pela Instituição de Ensino, nos termos do artigo 9º, inciso IV, da Lei Federal nº 11.788/08, adequadas ao cenário de prática solicitado.

CAPÍTULO III

DA CELEBRAÇÃO DO TERMO DE COOPERAÇÃO

Art. 4º Após o recebimento dos documentos, a Organização Social realizará a conferência e elaborará o Termo de Cooperação a ser assinado pelas partes, conforme modelo constante do Anexo I, em até 30 (trinta) dias corridos.

Parágrafo único - O termo de cooperação será válido até _____.

CAPÍTULO IV

DA CONCESSÃO DOS ESTÁGIOS

Art. 5º A partir da celebração do Termo de Cooperação, a concessão de estágios na Rede de Atenção à Saúde de _____ seguirá as seguintes etapas:

1. Solicitação das vagas pelas Instituições de Ensino;
2. Análise das solicitações pela Organização Social;
3. Concessão e formalização do início dos estágios.

Art. 6º As Instituições de Ensino Técnico e as Instituições de Ensino Superior que não apresentarem a documentação completa e/ou entregar fora do prazo, serão excluídas do processo de concessão.

Art. 7º Em caso de quaisquer recursos referentes ao processo de publicação, solicitação e concessão das vagas, a Educação Permanente da Organização Social julgará os pedidos apresentados e emitirá parecer justificando o deferimento ou não dos mesmos.

CAPÍTULO V

HORÁRIOS DISPONÍVEIS

Art. 8º A orientação dos cenários de prática disponíveis, número de vagas, dias da semana, horários e responsável (is) pelos serviços, será realizada pela Organização Social, junto à instituição de ensino cujo termos de cooperação estiverem regulares e válidos.

CAPÍTULO VI

DA SOLICITAÇÃO DAS VAGAS PELAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Art. 9º A solicitação deverá ser feita em instrumento própria e encaminhada a Educação

Permanente da Organização Social, por envio postal, entrega protocolada ou correio eletrônico.

CAPÍTULO VII

DA ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES

Art. 10º A análise das solicitações de estágio recebidas será realizada pela Educação Permanente da Organização Social, em até 10 (dez) dias contados a partir da data limite para o recebimento das solicitações, com base nos seguintes critérios:

1. Adequação da solicitação com o cenário de prática disponível;
2. Pertinência do Plano de Estágio quanto a:
 - 2.1- Princípios e diretrizes do SUS;
 - 2.2 - Objetivos da disciplina ao qual se vincula o estágio;
 - 2.3 - Atividades a serem realizadas nos cenários de prática,

Art. 11º Caso o número de solicitações seja maior que o número de vagas disponíveis, os seguintes critérios de priorização serão utilizados:

1. Solicitação proveniente de instituição pública de ensino;
2. Solicitação proveniente de instituição de ensino que não houver cancelado a ocupação dos cenários de prática no período anterior;
3. Solicitação proveniente de instituição de ensino sediada no município de Biritiba Mirim;
4. Solicitante que realiza as contrapartidas sempre que solicitada.

CAPÍTULO VIII

DA CONCESSÃO E FORMALIZAÇÃO DO INÍCIO DOS ESTÁGIOS

Art. 12º As instituições de ensino cujas vagas tenham sido aprovadas deverão enviar, em até 10 (dez) dias antecedente ao início dos estágios, os seguintes documentos:

1. Lista Nominal de Alunos, conforme modelo constante do anexo III,
2. Termo de Compromisso de Estágio Individual, conforme inciso II, artigo 3º, Lei 11.788/08, devidamente assinado pelo aluno e pelo representante da instituição de ensino;
3. Currículo completo do docente orientador, que contenha telefone e endereço eletrônico para contato;
4. Plano de Estágio referente ao respectivo cenário de prática.

Parágrafo Único - A entrada nos cenários de prática somente será permitida após a entrega da totalidade dos documentos.

CAPÍTULO IX

DAS ATRIBUIÇÕES DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Art. 13º São atribuições e responsabilidades da Instituição de Ensino durante a realização dos estágios:

1. Cumprir rigorosamente a legislação que regulamenta a realização de estágios; incluído o pagamento de seguro de vida e acidentes pessoais dos estagiários, sendo a —responsável pelas atividades do estagiário, em todos os aspectos”;
2. Indicar docente orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
3. Assegurar a apresentação prévia do cenário de prática pelo docente orientador, com a presença do responsável pelo serviço;
4. Fornecer e assegurar o uso de EPI's e roupa privativa de seus estudantes e docente orientador, adequados a cada cenário de prática;
5. Fornecer e assegurar o uso sistemático de crachá de identificação dos estagiários e docentes durante toda a realização do estágio;

6. Fornecer todo o material médico-hospitalar e material de consumo que serão necessários para as atividades dos estagiários;
7. Realizar a contrapartida pactuada, conforme estabelecido nesta resolução;
8. Providenciar o Termo de Doação, com nota fiscal dos materiais fornecidos como contrapartida.

Art. 14º São atribuições e responsabilidades da Organização Social durante a realização de estágio:

1. Ofertar instalações em condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
2. Manter a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
3. Zelar pelo cumprimento das normas de estágio e dos Termos de Compromisso assinados;
4. Realizar monitoramento dos estágios, solicitar correção de problemas porventura encontrados durante seu desenvolvimento e aplicar as sanções cabíveis (1ª advertência verbal; 2º advertência por escrito e 3ª suspensão do estágio).

Art. 15º Eventuais alterações do docente orientador e/ou troca de grupos de estagiários deverão ser comunicadas previamente à Educação Permanente da Organização Social, enviando documentação pertinente com dados dos novos estudantes e/ou docente orientador.

Art. 16º As alterações no plano de estágio deverão ser solicitadas com antecedência de um mês à Educação Permanente da Organização Social.

Art. 17º É vedado aos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de _____ atuar como docentes orientadores vinculados à instituição de ensino no horário que desenvolvem suas atividades laborais.

CAPÍTULO X

DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS ESTÁGIOS

Art. 18º A cooperada ficará responsável por realizar avaliações com os estagiários.

Art. 19º O monitoramento dos estágios será realizado pelo responsável do serviço que poderá:

1. Solicitar ao docente orientador mais informações sobre o estágio e, se necessário, propor mudanças no plano;
2. Comunicar a Educação Permanente da Organização Social sobre inconsistências e/ou ocorrências durante o desenvolvimento dos estágios.

CAPÍTULO XI

DA CONTRAPARTIDA

Art. 20º As instituições de ensino deverão contribuir com a Rede de Atenção à Saúde de _____ através das seguintes modalidades de contrapartida, definidas pela Organização Social:

1. Oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede;
2. Doação de equipamentos, materiais, insumos e outros bens;
3. Reformas de pequeno porte que não modifiquem ou alterem as características físicas e estruturais das unidades;
4. Cessão de espaços para realização de eventos, cursos, palestras e reuniões técnicas de interesse da Organização Social;
5. Desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias de interesse à mesma.

Art. 21º A base de cálculo monetário/financeiro para a quantificação da contrapartida deverá ser corrigida segundo Índice Geral de Preços — Despesa interna (IGP-DI — FGV), e terá os seguintes valores:

1. R\$0,50 (cinquenta centavos) por hora de estágio de formação técnica.
2. R\$ 1,00 (um real) por hora de estágio de formação superior.

Art. 22º Ao final de cada semestre, a Organização Social computará as horas concedidas, e encaminhará às instituições de ensino, via ofício, a contrapartida escolhida à realização dos estágios. O prazo para o cumprimento da contrapartida será de 60 (sessenta) dias contados do recebimento do ofício.

Parágrafo único - O descumprimento do prazo pela instituição de ensino acarretará suspensão imediata de todos os estágios programados para o período subsequente, enquanto perdurar a situação.

CAPÍTULO XII DAS PENALIDADES

Art. 23º Constituem-se penalidades aplicáveis as instituições de ensino, frente ao descumprimento dos itens desta resolução:

1. Advertência escrita.
2. Suspensão temporária dos estágios.
3. Cancelamento do termo de cooperação.

Parágrafo único — será assegurado o direito à ampla defesa a todas as instituições, e a aplicação das penalidades será informada via ofício, com a devida justificativa sobre sua motivação.

CAPÍTULO XIII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º A concessão de estágios por parte da Organização Social não caracteriza vínculo empregatício para os estudantes.

Art. 25º Os casos omissos serão resolvidos pela Organização Social do _____

Art. 26º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Cidade, ____ de ____ de ____.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
SÃO DE BERNARDO DO CAMPO.

GERENTE DE PROJETOS.

INSTITUIÇÃO DE ENSINO – COOPERADA.

Eu, _____, cuja função de _____, lotado(a) no Pronto Atendimento Irio Taino, venho solicitar que seja autorizado a compensação de ____:____ horas débito, por ter realizado em BH nos dias _____, e seja retirado em folga e/ou saída antecipada conforme o cronograma abaixo:

DATA	HORÁRIO	HORAS
____/____/____	____:____ as ____:____	_____
____/____/____	____:____ as ____:____	_____
____/____/____	____:____ as ____:____	_____

Biritiba Mirim, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Colaborador

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO:

() Deferido

() Indeferido – Justificativa: _____

Coordenador/RH

ATO ADMINISTRATIVO

De acordo com a Diretoria, no uso de suas atribuições e conforme requerimento solicitado pelo colaborador concede a folga. Registre-se e Cumpra-se.

Gestor

E-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

DIRIGENTE:

DATA:	HORÁRIO:	LOCAL:
--------------	-----------------	---------------

TIPO DE REUNIÃO: () COMISSÃO () DEPARTAMENTAL () INFORMATIVA () ADMINISTRATIVA

ITEM		PAUTA		RÓTULO DO TÓPICO	
				DISCUSSÃO	INFORMAÇÃO
1					
2					
3					

PARTICIPANTES:

ITEM		AÇÕES		RESPONSÁVEL	PRAZO
01					
02					

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Razão Social, Responsável, Bairro CEP e cidade.
CONCEDENTE: (Nome da Concedente), com sede em (xxx), na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), no Estado (xxx), inscrita no C.N.P.J. sob o nº (xxx), e no Cadastro Estadual sob o nº (xxx), neste ato representada pelo seu diretor (xxx), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (xxx), C.P.F. nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado (xxx);

ESTAGIÁRIO: (Nome do Estagiário), (Nacionalidade), C.P.F. nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado (xxx).

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Termo de Compromisso de Estágio, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O compromisso ora firmado tem início nesta data e terminará em __ / __ / __, podendo ser prorrogado por acordo de ambas as partes com anuência da Instituição de Ensino.

Cláusula 2ª. O objetivo primordial do presente instrumento é a experiência prática do aprendizado teórico, aperfeiçoamento técnico, científico e de relacionamento humano, de forma a complementar o ensino e a aprendizagem em consonância com o calendário escolar.

Cláusula 3ª. Quaisquer dúvidas concernentes às atividades realizadas pelo ESTAGIÁRIO deverão ser comunicadas expressamente à CONCEDENTE.

DA JORNADA

Cláusula 4ª. O ESTAGIÁRIO terá uma jornada total de (xxx) horas semanais, sendo cumpridas no horário de ..., no período noturno, ficando deste modo completamente compatível com o horário escolar.

DO**COMPROMISSO**

Cláusula 5ª. No decorrer da vigência do presente instrumento o ESTAGIÁRIO se compromete a realizar todas as atividades requeridas pela CONCEDENTE, ressalvando-se aquelas que são completamente incompatíveis com o aprendizado técnico-escolar.

Cláusula 6ª. O ESTAGIÁRIO se compromete a prestar informações ou esclarecimentos sobre qualquer óbice que porventura venha a adquirir junto à Instituição de Ensino a qual estuda ou, no cumprimento de suas funções.

Cláusula 7ª. As políticas, normas, procedimentos e quaisquer documentos de que o(a) Estagiário(a) venha a ter ciência são considerados sigilosos, não podendo ser divulgados ou reproduzidos sem previa autorização da Empresa.

Cláusula 8ª. O ESTAGIÁRIO está incluso(a) na cobertura do seguro contra acidentes pessoais de trabalho, mediante a apólice nº (xxx) da Instituição (xxx).

Cláusula 9ª. Proporcionar a Instituição o acompanhamento da Supervisora junto aos estagiários.

DO**PRAZO**

Cláusula 10ª. O presente compromisso terá validade de (xxx) meses, a iniciar-se no dia (xxx), do mês (xxx) no ano de (xxx) e findar-se no dia (xxx), do mês (xxx) no ano de (xxx).

CONDIÇÃO**GERAL**

Cláusula 11ª. O presente contrato passa a vigorar entre as partes a partir da assinatura.

Cláusula 12ª. O presente instrumento não se configura sob nenhuma forma vínculo empregatício.

Cláusula 13ª. O estágio tem fundamento e base na formação curricular do ESTAGIÁRIO, caracterizando sua pré-formação e profissionalização, complementando a tarefa escolar.

Cláusula 14ª. Ao final do presente termo o ESTAGIÁRIO elaborará relatório completo das atividades exercidas o qual será assinado pela CONCEDENTE e pela Instituição de Ensino.

Cláusula 15ª. A Instituição de Ensino a qual o ESTAGIÁRIO está diretamente vinculado se compromete também por meio deste instrumento a remeter semestralmente comprovante de matrícula do mesmo.

ORIENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

APRESENTAÇÃO

Cláusula 16ª. Este manual tem como objetivo orientar aos estagiários as práticas a serem adotadas a fim de aprimorar as disciplinas já estudadas (teoria), onde desempenham situações da atualidade entre o trabalho e a vida desenvolvendo competência e habilidades imprescindíveis à função.

Perante as atividades em campo de estágio, as orientações abaixo devem ser seguidas rigorosamente.

- a. De acordo com a NR 32 é proibido o uso de adornos dentro da instituição, tais como alianças, anéis, brincos, piercings, correntes, relógios, cachecóis, adereços de cabelo etc.
- b. As unhas devem ser curtas, com esmalte claro e sem decorações, os cabelos devem estar presos.
- c. Proibido consumo de alimentos e bebidas nos setores.
- d. Os estagiários deverão entrar em campo de estágio com jaleco e crachá de identificação e sair com os mesmos ao término.
- e. Em virtude de legislação vigente, é proibido o uso do jaleco fora das dependências hospitalares.
- f. O aluno deverá trazer consigo o material de bolso, sendo este composto por: canetas, caderneta de anotações, termômetro digital, garrote e aparelho pressão.
- g. É proibido FUMAR em qualquer área hospital (tanto na área interna como externa).
- h. Evitar circular sem motivos pelos corredores da instituição.

- i. Fica proibido realizar visita fora do horário e dias de estágios, fazendo uso do jaleco e crachá com a identificação da escola.
- j. Comparecer pontualmente aos estágios.
- k. O estagiário que levar consigo qualquer material ou equipamento do campo de estágio (micropore, agulhas, seringas, medicamentos etc.) sofreram as punições cabíveis.
- l. Não é permitido o uso de telefone celular, assim como a troca de números entre pacientes e equipe multiprofissional durante o estágio.
- m. Não é permitida a realização de imagem (fotos e vídeos), mesmo com o consentimento de pacientes e/ou funcionários da instituição concedente.
- n. Evitar atender ao telefone do setor, pois as informações transmitidas nas ligações telefônicas devem ficar sob responsabilidade da equipe do setor.
- o. Respeitar o sigilo e as particularidades da unidade concedentes da prática de estágio e obedecer às normas estabelecidas por ela.
- p. Evitar mascar chicletes, em respeito ao paciente.
- q. Não conversar, rir alto e correr nos corredores da instituição, evitando aglomerações nos ambientes do campo de estágio.
- r. O material da escola em uso durante o estágio, tanto do aluno como também docentes devem responsabilizar-se pelo mesmo, evitando perda e danos.
- s. A responsabilidade por objetos pessoais é internamente do aluno, visto que nos campos de estágio não há local específico para guardar volumes. Dessa forma orientamos não levar objetos de valor e volumoso.
- t. Não executar quaisquer atividades sem a presença do docente.
- u. Registrar procedimentos realizados, com carimbo e assinatura do docente (conforme normas, rotinas e protocolo da instituição);
- v. Assinar a cláusula de compromisso de estágio e presença no livro diariamente, seguindo protocolo.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Cidade, _____ de _____ de _____.

ESTAGIARIO

REPRESENTANTE LEGAL CONCEDENTE

Testemunha 01

CPF:

Testemunha 02

CPF:

Processo Administrativo Nº	
Contrato nº	
Instituição De Ensino	
CNPJ	
Data de Assinatura do Termo	
Data de Vencimento do Termo	

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DIDÁTICA E CIENTÍFICA QUE CELEBRAM ENTRE SI A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, E A **.**

Ao ____ dia do mês de ____ de ____, na qualidade de cooperantes, de um lado a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, doravante denominada Organização Social e, de outro lado, o _____, de natureza _____, com sede na cidade de _____, Rua/Av. _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Jurídicas sob nº _____, neste ato representado por _____, doravante denominada COOPERADA, resolvem celebrar o presente Termo de Cooperação Técnica Didática e Científica, a ser regida de acordo com as cláusulas e seguintes condições:

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA: O presente instrumento versa sobre a concessão de cenários de prática para realização de estágios na Rede de Saúde de _____, por meio da realização de atividades de ensino e aprendizagem alinhado ao conhecimento teórico e formação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

DOS OBJETIVOS

CLÁUSULA SEGUNDA: O presente Termo de Cooperação tem por objetivo propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem dos educandos, bem como o aprimoramento da rede de atenção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS como:

- I- Entender a importância do profissional na área da saúde;
- II- Obter competências e habilidades em situações de risco e/ou quando necessária;
- III- Ser responsável pela qualidade do serviço prestado;
- IV- Compreender e implementar o processo de enfermagem como ferramenta explicativa profissional;
- V- Integrar o estagiário na prática junto ao desenvolvimento dentro do mercado de trabalho.

ETAPAS E FASES DE EXECUÇÃO

CLÁUSULA TERCEIRA: A concessão de estágios para estudantes de Instituições de Ensino Técnico- IET, e Instituições de Ensino Superior – IES, ocorrerá segundo os termos do Informe anexo.

PRÉ-REQUISITOS PARA EXECUÇÃO

CLÁUSULA QUARTA

- I- Ter concluído as disciplinas teóricas;
- II- Entregar cópia das documentações obrigatórias (RG, CPF, CARTEIRA DE VACINA, SEGURO DE VIDA E ENDEREÇO);
- III- Realizar o preenchimento da Ficha Cadastral, assinar e datar.

DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA COOPERADA

CLÁUSULA QUINTA: São atribuições e responsabilidades da Cooperada durante a realização do estágio:

- I-** Cumprir rigorosamente a legislação que regulamenta a realização de estágios; incluído o pagamento de seguro de vida e acidentes pessoais dos estagiários, sendo a responsável pelas atividades do estagiário, em todos os aspectos;
- II-** Indicar docente orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;
- III-** Assegurar a apresentação prévia do estágio pelo docente orientador, com a presença do preceptor de campo e do gerente da unidade e/ou coordenador das áreas afetas do hospital;
- IV-** Fornecer e assegurar o uso de EPI's e roupa privativa de seus estudantes e docente orientador, adequados a cada cenário de prática;
- V-** Fornecer e assegurar o uso sistemático de crachá de identificação dos estagiários e docentes durante toda a realização do estágio;
- VI-** Fornecer todo o material médico-hospitalar e material de consumo que serão necessários para as atividades dos estagiários;
- VII-** Realizar a contrapartida pactuada;
- VIII-** Providenciar o Termo de Doação, com nota fiscal dos materiais fornecidos como contrapartida.

DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

CLÁUSULA SEXTA: São atribuições e responsabilidades da Organização Social durante a realização do estágio:

- I- Ofertar instalações em condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;
- II- Manter a disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio; III- Zelar pelo cumprimento das normas de estágio e dos Termos de Compromisso assinados;
- IV- Realizar monitoramento dos estágios, solicitar correção de problemas porventura encontrados durante seu desenvolvimento e aplicar as sanções cabíveis;
- V- Avaliar a instituição de ensino no encerramento de cada ciclo de estágio;
- VI- Promover a integração com outras instituições de ensino superior e entidades concedentes de estágio.

DAS OBRIGAÇÕES DO COOPERANTE

CLÁUSULA SÉTIMA: Obrigam-se os cooperantes a:

- I- Cumprir a programação básica das ações de saúde, segundo normas técnicas e diretrizes básicas da Organização Social, sempre amparadas nos princípios do SUS;
- II- Viabilizar reciprocamente a adequada implantação e execução do Programa de Cooperação Técnica Didática e Científica.

DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA OITAVA: A concessão de estágio pela Organização Social, por meio da disponibilização dos serviços de saúde como cenário de práticas aos estudantes; não caracteriza vínculo empregatício para os estudantes.

PRECAUÇÃO PADRÃO

São medidas para evitar a contaminação precavendo a contaminação do meio hospitalar de colaborador para colaborador, pacientes, visitantes e etc.

Será utilizado este método sempre que necessário conforme os itens abaixo:

Higienização das mãos: retirar as luvas e realizar a lavagem das mãos após contato com pacientes (fluido orgânico, ou seja, sangue, fezes, urina, vômito, pús, etc), e colocar uma nova luva para outros procedimentos.

Luvas: para cada procedimento em que localizar-se fluido orgânico utilizar uma luva limpa, não tocando em superfícies e objetos. A higienização das mãos deverão ser sempre lavadas antes e depois.

Máscara e protetor ocular: utilizar em todo procedimento que houver exposição ao fluido para evitar respingos, meio de contaminação, ou seja, proteger a mucosa dos olhos, boca e nariz.

Avental: utilizar para proteção da pele e vestimenta de respingos e fluidos. Ao retirar, imediatamente realizar a lavagem das mãos.

Material Pérfuro Cortante: escalpes, agulhas, ou qualquer material pontiagudo. Exemplo: Agulha: após ser utilizadas não desconectar das seringas ou reencapar. Descartar de imediato em caixas de descarte ficando em locais de fácil acesso.

Descontaminação do paciente: realizar a higienização das mobílias (sempre que houver, vômitos, respingos, sangue e etc) em todo plantão, terminais de altas, óbito ou mesmo quando houver transferência de paciente.

Artigos e Equipamentos: todo equipamento que de fato é necessário esterilizar, será submetido ao CME e após desinfecção retornará ao setor.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA NONA: Este Termo de Cooperação Técnica Didática e Científica vigorará até 31 de Julho, com início no primeiro dia útil do exercício correspondente ao campo solicitado.

CLÁUSULA DÉCIMO: A inobservância das obrigações pelas partes previstas no Termo poderá ensejar em advertência, suspensão ou rescisão do ajuste, desde que devidamente justificado e assegurado direito à ampla defesa.

E por estarem assim de acordo, assinam o presente Termo em 02 vias de igual teor e forma, para os mesmos fins, perante as testemunhas abaixo assinadas.

Cidade, _____ de _____ de 2021.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
SÃO DE BERNARDO DO CAMPO.

GESTOR DE PROJETOS

INSTITUIÇÃO DE ENSINO – COOPERADA.

Testemunha 01

CPF:

Testemunha 02

CPF:

Eu, _____, cuja função de _____, lotado(a) no Pronto Atendimento Irio Taino, venho solicitar autorização para que seja feita a troca do plantão do dia ____/____/____ para o dia ____/____/____, no horário das ____:____ às ____;____.

Informo que tal solicitação prende-se ao fato deste (a) ter assuntos particulares a tratar, e que a troca de plantão será realizada com o colaborador _____, função _____.

O colaborador _____ fará dia ____/____/____, no horário das ____:____ às ____;____.

Em ____/____/____

Em ____/____/____

De acordo

De acordo

Obs: TODAS AS TROCAR TERÃO QUE SER SOLICITAR NO MINIMO DE 48 HORAS DE ANTECEDÊNCIA

IRMANDADE SANTA CASA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

CNPJ: 47.708.771/0001-00



TERMO DE UTILIZAÇÃO

Eu colaborador da empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO BERNARDO DO CAMPO**, declaro e confirmo ter recebido todos os uniformes especificados para o exercício de minha função, bem como a obrigatoriedade de seu uso durante a jornada de trabalho e devolve-lo ao término em caso de desligamento da empresa.

Portanto, dedico meu compromisso com a empresa em cumprir e respeitas as regras organizacionais, sendo:

1. Fazer uso do uniforme corretamente, utilizando para fins extraprofissionais;
2. Zelar pela conservação, mantendo-o sempre higienizados e limpos;
3. Devolve-los à empresa nos seguintes casos:
 - Afastamento definitivo;
 - Qualquer dano decorrente de mau uso ou falta cuidados deles;
 - Por ocasião de troca por outros;
 - Desligamento da empresa.

Assinatura: _____

RELAÇÃO ENTREGA

[illegible]

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, com endereço Avenida Robert Kennedy, 2900, Assunção, 09860-214, inscrita no CNPJ sob o nº 47.708.771/0001-00 doravante denominada **EMPREGADORA** e de outro lado _____, portador (a) da Carteira Profissional nº _____ série _____ SP, nacionalidade _____, natural de _____, estado civil _____, residente e domiciliada Rua _____, doravante denominado (a) **EMPREGADO (A)**, têm como justo e acertado o presente **termo aditivo ao contrato de trabalho**:

Conforme o ART 468 da CLT, fica acordado entre as partes:

E, por estarem assim, justos e acordados, firmam o presente Termo de Acordo Aditivo ao Contrato de Trabalho,

Biritiba Mirim, _____ de _____ de _____

COLABORADOR

IRMANDADE DA SANTA CASA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Testemunha: _____

Testemunha: _____

Art. 468 – CLT Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, e ainda assim desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia.

LISTA DE PRESENÇA

Assunto:	
Setor:	
Local:	
Conteúdo: •	
Data:	
Carga horária:	Horário:
Visto(s) do Instrutor(es):	

seq	NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO	VISTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Anexo V

COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA EM SERVIÇOS DE GESTÃO EM SAÚDE

bm

A. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de atenção básica, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

cam



Mairinque, 11 de março de 2026.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900 - Bairro Assunção, no município de São Bernardo do Campo - SP, CEP.: 09860-214, que presta serviços conforme Contrato de Gestão 016.22 com a Prefeitura do Município de Mairinque nos termos dos seguintes:

- Contrato de Gestão 016/2022 – que teve início em 27.05.2022 e vigora até a presente data 11/03/2026;

A referida entidade presta serviços de Execução de atividade na área da saúde, em especial, Serviços de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família – ESF, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e Residência Terapêutica do Município de Mairinque/SP, em estreita cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos do SUS desde 27 de maio de 2022, conforme o segue:

Serviços Prestados

SERVIÇOS	2022	2023	2024	2025	Total
Atendimentos Ambulatoriais	22650	23844	24900	26420	97814
TOTAL	22650	23844	24900	26420	97814



João Gabriel Vieira
Secretário Municipal de Saúde



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, CNPJ 47.708.771/0005-25, executa serviços conforme estabelecidos no **Contratos de Gestão nº 197/2021 e seus aditivos** com a Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos.

A referida entidade presta serviços de GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DESTINADAS À ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA que assegure a assistência universal e gratuita à população, bem como qualidade da assistência de acordo com os princípios e diretrizes do SUS desde 01 de setembro de 2021, e mantém a qualidade, pontualidade e eficiência dos serviços, de acordo com as metas de produção abaixo detalhadas:

META QUANTITATIVA	AÇÃO / SERVIÇO / PROFISSIONAL	QUANTIDADE MENSAL PRODUÇÃO MÉDIA	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
	Consulta Médica	10594	626	677	832	702
	Atividade coletiva (profissional médico)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional médico)	610	1671	7220	14237	7320
	Atividade coletiva (profissional ACS)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional ACS)	14943	39600	39600	139479	179325
	Consulta Enfermagem	5296	626	677	832	702
	Atividade Coletiva (profissional enfermeiro)	*	50	80	72	84
	Visita Domiciliar (profissional enfermeiro)	396	1473	5405	4651	4617
	Atividade coletiva (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional CAPS	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional EMAD	*	*	*	*	*
	Teleconsulta Médica	*	*	*	*	*
TOTAL		31839	43996	53579	160031	192666



TIPO DE PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	META (PRODUÇÃO MÉDIA MENSAL)	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Diagnóstico em laboratório clínico	494	15979	34565	37342	41196
	Diagnóstico por radiologia na urgência/emergência	*	*	*	*	*
	Diagnóstica por radiologia ambulatorial	308	5914	5821	6039	3696
	Métodos diagnóstico em especialidades	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por Imagem	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por teste rápido	139	734	3314	2386	1676
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS	Demais procedimentos	1060	6490	8966	14195	12731
	Acolhimentos com classificação de risco	*	*	*	*	*
	Atendimento Médico em unidade de Pronto Atendimento	*	*	*	*	*
	Atendimento Ortopédico com imobilização provisória	*	*	*	*	*
	Administração de medicamentos	*	*	*	*	*
	Inalação /Nebulização	*	*	*	*	*
	Retirada de pontos de cirurgia básica (por paciente)	*	*	*	*	*
	Curativo grau I c/ ou s/ debridamento	*	*	*	*	*
	Curativo grau II c/ ou s/ debridamento	*	*	*	*	*
	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosas	*	*	*	*	*
	Demais procedimentos realizados	*	*	*	*	*
	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre	*	*	*	*	*
	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*

Declaramos ainda, que a prestação dos mencionados serviços ocorre com bom desempenho operacional, sendo que cumpre fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica ou comercialmente até a presente data.

Ferraz de Vasconcelos, 08 de junho de 2026.

CLECIO FRANCISCO
GONCALVES:31962
875806

Assinado de forma digital
por CLECIO FRANCISCO
GONCALVES:31962875806
Dados: 2026.06.09
10:36:59 -03'00'

Clécio Francisco Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, CNPJ 47.708.771/0005-25, executa serviços conforme estabelecidos no **Contratos de Gestão nº 213/2021 e seus aditivos** com a Prefeitura de Ferraz de Vasconcelos.

A referida entidade presta serviços de gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, que assegure a assistência universal e gratuita à população, bem como qualidade da assistência de acordo com os princípios e diretrizes do SUS desde 16 de setembro de 2021. O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DESTINADOS A ATENÇÃO BÁSICA / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, QUE ASSEGURE A ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, BEM COMO QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.

LOTE II – GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192. Compreendendo a gestão operacional de 05 (cinco) ambulâncias para atendimento das ocorrências no município de Ferraz de Vasconcelos desde 16/09/2021 até a presente data sob contrato de gestão nº 213/2021.

Ressaltamos que até a data de 03/02/2022, a entidade estava registrada sob o CNPJ nº47.708.771/0001-00 da matriz. No entanto, após o apostilamento, o registro passou a ser sob o nº. 47.708.771/0005-25 da filial. A entidade mantém a qualidade, pontualidade e eficiência dos serviços, de acordo com as metas de produção abaixo detalhadas:



META QUANTITATIVA	AÇÃO / SERVIÇO / PROFISSIONAL	QUANTIDADE MENSAL PRODUÇÃO MÉDIA	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
	Consulta Médica	*	*	*	*	*
	Atividade coletiva (profissional médico)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional médico)	*	*	*	*	*
	Atividade coletiva (profissional ACS)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional ACS)	*	*	*	*	*
	Consulta Enfermagem	*	*	*	*	*
	Atividade Coletiva (profissional enfermeiro)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional enfermeiro)	*	*	*	*	*
	Atividade coletiva (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Visita Domiciliar (profissional técnico de enfermagem)	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional CAPS	*	*	*	*	*
	Atendimento Multiprofissional BVAD	*	*	*	*	*
TOTAL 432639		*	*	*	*	*

TIPO DE PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	META (PRODUÇÃO MÉDIA MENSAL)	QUANTIDADE ANUAL 2022	QUANTIDADE ANUAL 2023	QUANTIDADE ANUAL 2024	QUANTIDADE ANUAL 2025
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Diagnóstico em laboratório clínico	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por radiologia na urgência/emergência	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por radiologia ambulatorial	*	*	*	*	*
	Métodos diagnósticos em especialidades	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por Imagem	*	*	*	*	*
	Diagnóstico por teste rápido	*	*	*	*	*
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS	Demais procedimentos	*	*	*	*	*
	Acolhimentos com classificação de risco	970	15908	14469	13462	11656
	Atendimento Médico em unidade de Pronto Atendimento	*	*	*	*	*
	Atendimento Ortopédico com imobilização provisória	*	*	*	*	*
	Administração de medicamentos	*	*	*	*	*
	Inalação / Nebulização	*	*	*	*	*
	Retirada de pontos de cirurgia básica (por paciente)	*	*	*	*	*
	Curativo grau I c/ ou s/ debridamento	*	*	*	*	*
	Curativo grau II c/ ou s/ debridamento	*	*	*	*	*
	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosas	*	*	*	*	*
	Demais procedimentos realizados	60	626	677	832	702
	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre	450	4806	5260	5594	5552
	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre	170	2366	2503	2854	2710

Declaramos ainda, que a prestação dos mencionados serviços ocorre com bom desempenho operacional, sendo que cumpre fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica ou comercialmente até a presente data.

Ferraz de Vasconcelos, 08 de junho de 2026.

CLECIO FRANCISCO
GONCALVES:31962
875806

Assinado de forma digital
por CLECIO FRANCISCO
GONCALVES:31962875806
Dados: 2026.06.09
10:37:48 -03'00'

Clécio Francisco Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ISABEL, inscrita no CNPJ nº 56.900.848/0001-21, com sede na Avenida República, 530 – Centro – Santa Isabel - SP, por intermédio do Secretário Interino de Saúde o Sr. Felipe Nabil Vargas Bou Assi infra-assinado, portador(a) da Cédula de Identidade nº 43524650 SSP/SP e do CPF/MF nº 304.585.388-92, ATESTA para os devidos fins, que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0011-73, com sede na Rua Mario Mendes de Camargo, 507 - Parque São Benedito, Santa Isabel - SP, executa para esta empresa, os serviços abaixo especificados:

1 – OBJETO: ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO, E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA); E ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES) RH SETOR DE ZOONOSE E CENTRAL DE TRANSPORTE SANITÁRIO:

ESF – Vila Guilherme – Rua Japão, nº 844, Vila Guilherme;

ESF – Jardim Eldorado – Av. Dirce de Souza Machado, nº 500, Jardim Eldorado;

ESF – Jardim Novo Éden – Rua das Rosas, nº 764, Jardim Novo Éden;

ESF – Cachoeira – Via das Cerejas, s/n, Cachoeira;

ESF – Ouro Fino – Rua do Comércio, s/n, Ouro Fino;

EACS – Pouso Alegre/ Cafundó – Estrada do Pouso Alegre, s/n, Pouso Alegre;

EACS – Jaguari – Estrada do Jaguari, s/n, Jaguari;

UBSI – “Prefeito Ilário Dassiê” – Rua Prefeito José Basilio de Alvarenga, 930 – Brotas;



UBSII – “Dr. Francisco Pedreira Ribeiro” – Avenida Brasil, s/n, Avenida Brasil;

UBSIII – Prefeito José Raimundo Lobo” – Estrada Irmã Maria Rafaela Gonçalves Correa, KM 08, Monte Negro;

UBSIV Jardim das Acácias – Rua Maria de Lourdes Saes Nunes, 220 – Jardim das Acácias;

Centro de Especialidades – Rua Prefeito José Basílio de Alvarenga, 960, Brotas;

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Rua Prefeito João Pires Filho, nº487 – Centro;

Central de Transporte Sanitário (CTS) – Rua Vereador Sebastião Claudiano, nº 975, Vila Nova;

Setor de Zoonoses – Avenida Guilherme Alfieri, nº 332, Parque São Benedito.

Operacionalizando o gerenciamento e execução das ações e serviços de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família, ambulatório de especialidades, central de fisioterapia e RH da Central de transporte sanitário, zoonoses e Centro de Atenção Psicossocial.

2 – PERÍODO: de 13/07/2022 até o presente momento.

Atestamos ainda, que tais serviços estão sendo executados satisfatoriamente, não constando, em nossos registros, até a presente data, fatos que desabonem sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas.

Santa Isabel, 15 de abril de 2025.


FELIPE NABIL VARGAS BOU ASSI
Secretário Interino de Saúde

PREFEITURA DE MAIRIPORÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Mairiporã, 24 de abril de 2026.

O **MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ**, sediado à Alameda Tibiriçá, 374 – CNPJ 46.523.163/0001-50, nesta cidade, neste ato representado pela Senhora **MARIA AMÉLIA SAKAMITI RODA**, Secretária Municipal da Saúde, inscrita no CPF/MF nº 055.486.528-93 atesta que a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, inscrita no CNPJ sob nº 47.708.771/0013-35, com sede e foro no Município de Mairiporã à Rua José Claudino dos Santos, nº 139, Terra Preta, Mairiporã/SP, CEP: 07661-725, é responsável pela GESTÃO, por meio do **Contrato de Gestão nº 90/2021**, desde 16 de setembro de 2021, estando em vigor até o presente momento, compreendendo o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE nas unidades de Saúde da Família- ESF, unidades de atenção básica e especializada de saúde municipal e Pronto Atendimento Municipal, e em conformidade com o plano de trabalho.

Atestamos ainda que, a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, está em conformidade com o **Contrato de Gestão nº 90/2021**, prestando os serviços com qualidade e eficiência, sempre atendendo de forma exemplar as orientações e prazos dessa Secretaria Municipal de Saúde, não havendo qualquer fato que desabone a conduta da entidade.

KELLY
JANAÍNA
MUNHOZ:267
Kelly Janaína Munhoz
Secretária Adjunta de Saúde

MARIA AMELIA
SAKAMITI
RODA:05548652
Maria Amélia Sakamiti Roda
Secretária de Saúde



Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 06/05/2026 14:32:38 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 6aec769-dirty

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: Atestado de Capacidade Técnica - São Bernardo do Campo (1) (2).pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

e12d83a2fa74c0a108e8c5773909334a31b55ceb7a810d159532e19a51268308

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 2

Quantidade de assinaturas ancoradas: 2

CN=KELLY JANAINA MUNHOZ:***465948**, OU=AC SyngularID Multipla, OU=37644555000186, OU=Presencial, OU=Certificado Digital PF A3, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=KELLY JANAINA MUNHOZ:***465948**, OU=AC SyngularID Multipla, OU=37644555000186, OU=Presencial, OU=Certificado Digital PF A3, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.465.948-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Reprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Reprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 24/04/2026 15:01:41 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Mensagem de alerta: Assinaturas inválidas ou não processadas encontradas.
Portanto, atualizações incrementais não foram verificadas.

Certificados utilizados

CN=KELLY JANAINA MUNHOZ:26746594831, OU=AC SyngularID Multipla, OU=37644555000186, OU=Presencial, OU=Certificado Digital PF A3, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SyngularID Multipla, O=ICP-Brasil, OU=AC SyngularID, C=BR

Data de emissão: 26/09/2025 13:38:31 BRT

Aprovado até: 25/09/2028 13:38:31 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SyngularID Multipla, O=ICP-Brasil, OU=AC SyngularID, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SyngularID, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 18/04/2022 15:35:14 BRT

Aprovado até: 01/03/2029 20:59:59 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SyngularID, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 21/03/2022 15:00:21 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:21 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5,
OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI,
O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de
Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

CN=MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:***486528**,
OU=presencial, OU=33638059000169, OU=(EM BRANCO),
OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do
Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:***486528**,
OU=presencial, OU=33638059000169, OU=(EM BRANCO),
OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil -
RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.486.528-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 24/04/2026 15:01:59 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Mensagem de alerta: Assinaturas inválidas ou não processadas encontradas.
Portanto, atualizações incrementais não foram verificadas.

Certificados utilizados

CN=MARIA AMELIA SAKAMITI RODA:05548652893,
OU=presencial, OU=33638059000169, OU=(EM BRANCO),
OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do
Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SAFEWEB RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB,
O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 13/05/2025 11:40:33 BRT

Aprovado até: 12/05/2028 11:40:33 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SAFEWEB RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 31/01/2018 15:12:26 BRST

Aprovado até: 20/02/2029 14:12:26 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4,
OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5,
O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5,
OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI,
O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de
Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

B. Atestado de capacidade técnica referente a execução de serviços de urgência e emergência, emitido por pessoa jurídica pública ou privada, por pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

Am

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ no. 47.708.771/0003-63, com sede na Avenida Hilário Pereira de Souza, 492 – Bairro: Centro, no município de Osasco – SP, CEP: 06010-170, que presta serviços “referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde desenvolvidos na **Unidade de Pronto Socorro Dr. Conrado Cesarino Nuvolini – PS Santo Antônio**”, situado na Avenida João de Andrade, 958 – Jardim Santo Antônio – Osasco/SP – CEP: 06132-002 – entre a Prefeitura do Município de Osasco e a Organização Social através do Contrato de Gestão nº 097/2020 no período de 19/10/2020 a 11/01/2022 e o Contrato de Gestão nº 002/2022 iniciando em 12/01/2022 com vigência até 11/01/2025 e prorrogado até 11/01/2027, em conformidade ao Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 10/2021 e seus anexos, **não havendo nada que a desabone.**

Serviços Prestados – Médicos Assistenciais:

<u>SERVIÇO</u>		<u>CG nº</u> <u>097/2020</u> <u>22/10/2020 a</u> <u>11/01/2022</u>	<u>CG nº</u> <u>002/2022</u> <u>12/01/2022 a</u> <u>31/12/2022</u>	<u>CG nº</u> <u>002/2022</u> <u>01/01/2023 a</u> <u>31/12/2023</u>	<u>CG nº</u> <u>002/2022</u> <u>01/01/2024 a</u> <u>31/12/2024</u>	<u>CG nº</u> <u>002/2022</u> <u>01/01/2025 a</u> <u>31/12/2025</u>
Atendimentos de Urgência e Emergência	PSI	56.950	44.345	45.629	49.110	44.557
	PSA	98.387	123.009	146.322	168.502	169.507
SADT	Exames de imagem/Radiológicos Gerais	46.012	21.646	21.512	25.457	29.997
	Exames laboratoriais/Análise Clínicas Gerais	125.861	83.202	89.380	114.139	120.811
<u>TOTAL</u>		327.210	272.202	302.843	357.208	364.872

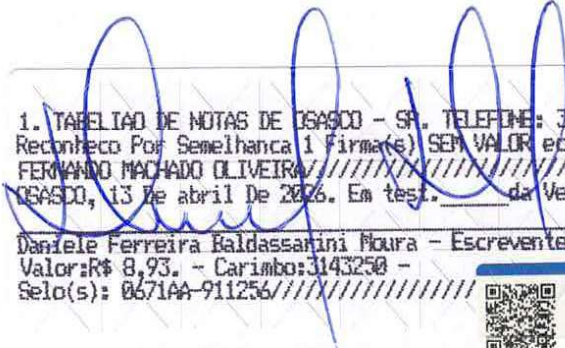
Os serviços prestados atendem à demanda assistencial do município de Osasco e sua macrorregião assim como as metas dos contratos em questão, também assistindo à população em concordância com as metas qualitativas e quantitativas exigidas pelo Ministério da Saúde e órgãos de classe.

Por ser Verdade, firmamos o presente.

Osasco, 06 de abril de 2026


Dr. FERNANDO MACHADO OLIVEIRA
Secretário Municipal de Saúde




1. TABELIAO DE NOTAS DE OSASCO - SP. TELEFONE: 3681-1282
Reconheço Por Semelhança 1 firma(s) SEM VALOR economico de:
FERNANDO MACHADO OLIVEIRA ///
OSASCO, 13 de abril De 2026. Em test. _____ da Verdade.

Daniele Ferreira Baldassarini Moura - Escrevente Autorizada
Valor: R\$ 8,93. - Carimbo: 3143250 -
Selo(s): 0671AA-911256 ///





PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRITIBA MIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Maria José de Siqueira Melo, n° 340 - Jd. Takebe - Biritiba Mirim / SP
Tel. (0xx11) 4692-4575/4692-6575/4692-1211



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

RECONHECIMENTO PÚBLICO

Atestamos para os devidos fins que a **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2.900, Bairro Assunção, no município de São Bernardo do Campo – SP, CEP 09860-000, que presta serviços de Administração/Gestão ao **Pronto Atendimento “Irio Taino” na cidade de Biritiba Mirim**, através do contrato de gestão 051/2021 entre a Prefeitura Municipal de Biritiba Mirim e a Organização Social desde 22 de Outubro de 2021.

Serviços Prestados – Médicos assistenciais

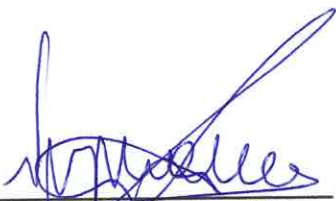
Atendimentos Gerais/Totais realizados no período entre 22/10/2021 até 31/12/2023 (consultas de enfermagem, observação e triagem não incluídas): 120.457

Atendimentos médicos em horas/mês, considerando 05 médicos plantonistas no período de 24h = 1.860 horas/mês: 48.900

O serviço prestado atende a demanda da macrorregião assim como as metas do contrato em questão, também assistindo parcialmente a população em concordância com as metas qualitativas exigidas pelo Ministério da Saúde e órgãos de classe

Atenciosamente,

Biritiba Mirim, 22 de janeiro de 2024



VIRGINIA GARCIA LEME
Secretária Municipal de Saúde

EHB/ehb

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria de Saúde do Município de Barueri ATESTA para os devidos fins que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0009-59, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900, Bairro Assunção, no Município de São Bernardo do Campo – SP, CEP: 09860-000, que presta serviços à Administração Municipal de Barueri na Gestão do Pronto Socorro do Parque Imperial José Augusto dos Santos, através do CNPJ filial nº 47.708.771/002-82, situado a Rua José Martinho, 399 - Barueri – Parque Imperial – Barueri/SP, através do Contrato de Gestão nº 012/2023 desde 01 de fevereiro de 2023 até a presente data.

O **Contrato de Gestão** tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita a população realizando atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia e Ortopedia com meta mensal contratada de 18.050 (dezoito mil e cinquenta) atendimentos adultos e infantil e Odontológicos com meta mensal de 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos adultos e infantil.

1. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2023

Atendimentos gerais realizados no período de 01/02/2023 a 31/12/2023:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 192.197 (cento e noventa e dois mil e cento e noventa e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.473 (quatro mil e quatrocentos e setenta e três) atendimentos.

2. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2024

Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2024 a 31/12/2024:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 216.927 (duzentos e dezesseis mil e novecentos e vinte e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 5.609 (cinco mil e seiscentos e nove) atendimentos.



Rua Professor João da Matta e Luz, 262 - Centro
CEP: 06401-120 - Barueri/SP



saude@barueri.sp.gov.br



(11) 4199-3100

3. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais – 2025

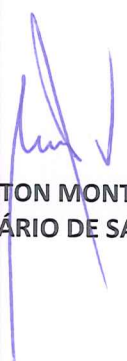
Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2025 a 31/08/2025:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 118.843 (cento e dezoito mil e oitocentos e quarenta e três) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.077 (quatro mil e setenta e sete) atendimentos.

A unidade gerenciada dispõe dos serviços de apoio Diagnóstico de Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Raio-X, Tomografia, Coleta de Exames Laboratoriais. Dispõe ainda de serviços de transporte por ambulância.

Atesta ainda, que a prestação dos serviços acima referida apresenta bom desempenho operacional, qualidade e eficiência, sendo que nada consta até a presente data que desabone.

Barueri, 01 de outubro de 2025.


MILTON MONTI
SECRETÁRIO DE SAÚDE



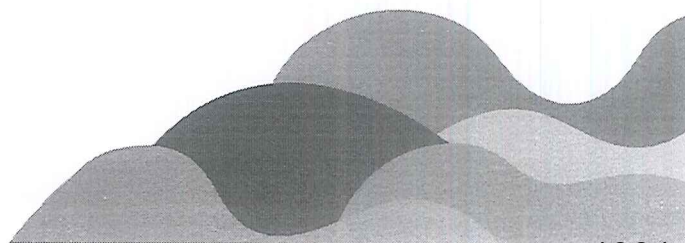
Rua Professor João da Matta e Luz, 262 - Centro
CEP: 06401-120 - Barueri/SP



saude@barueri.sp.gov.br



(11) 4199-3100



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria de Saúde do Município de Barueri ATESTA para os devidos fins que a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0009-59, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900, Bairro Assunção, no Município de São Bernardo do Campo – SP, CEP: 09860-000, que presta serviços à Administração Municipal de Barueri na Gestão do Pronto Socorro do Parque Imperial José Augusto dos Santos, através do CNPJ filial nº 47.708.771/002-82, situado a Rua José Martinho, 399 - Barueri – Parque Imperial – Barueri/SP, através do Contrato de Gestão nº 012/2023 desde 01 de fevereiro de 2023 até a presente data.

O **Contrato de Gestão** tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita a população realizando atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia e Ortopedia com meta mensal contratada de 18.050 (dezoito mil e cinquenta) atendimentos adultos e infantil e Odontológicos com meta mensal de 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos adultos e infantil.

1. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2023

Atendimentos gerais realizados no período de 01/02/2023 a 31/12/2023:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 192.197 (cento e noventa e dois mil e cento e noventa e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.473 (quatro mil e quatrocentos e setenta e três) atendimentos.

2. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais - 2024

Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2024 a 31/12/2024:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 216.927 (duzentos e dezesseis mil e novecentos e vinte e sete) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 5.609 (cinco mil e seiscentos e nove) atendimentos.



Rua Professor João da Matta e Luz, 262 - Centro
CEP: 06401-120 - Barueri/SP



saude@barueri.sp.gov.br



(11) 4199-3100

3. Serviços Prestados – Médicos Assistenciais – 2025

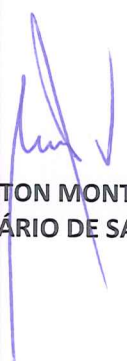
Atendimentos gerais realizados no período de 01/01/2025 a 31/08/2025:

- Atendimentos de urgência e emergência – Pronto Atendimento Pronto Socorro Jose Agostinhos dos Santos: 118.843 (cento e dezoito mil e oitocentos e quarenta e três) atendimentos.
- Atendimentos Odontológico: 4.077 (quatro mil e setenta e sete) atendimentos.

A unidade gerenciada dispõe dos serviços de apoio Diagnóstico de Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Raio-X, Tomografia, Coleta de Exames Laboratoriais. Dispõe ainda de serviços de transporte por ambulância.

Atesta ainda, que a prestação dos serviços acima referida apresenta bom desempenho operacional, qualidade e eficiência, sendo que nada consta até a presente data que desabone.

Barueri, 01 de outubro de 2025.


MILTON MONTI
SECRETÁRIO DE SAÚDE



Rua Professor João da Matta e Luz, 262 - Centro
CEP: 06401-120 - Barueri/SP

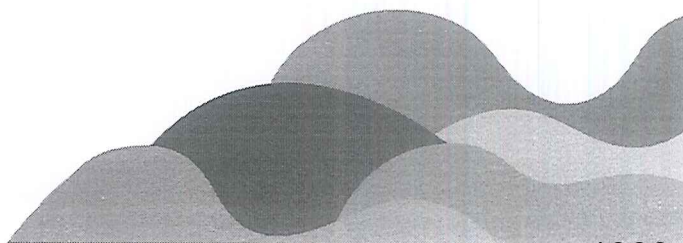


saude@barueri.sp.gov.br



(11) 4199-3100

lam





Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade
SECRETARIA DA SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, com sede na Avenida Robert Kennedy, 2900 - Bairro Assunção, no município de São Bernardo do Campo - SP, CEP.: 09860-000, que presta serviços de Administração/ Gestão do Pronto Socorro Jardim Rio Branco, situado na Av. Dep. Ulisses Guimarães, 857 - Jardim Rio Branco, São Vicente - SP, 11347-000- entre a Prefeitura do Município de São Vicente e a Organização Social desde o dia 21/12/2022, com vigência na data 20/12/2024, conforme termo de aditamento nº 04/2024, dispõe de **15 leitos de retaguarda Urgência e Emergência do município de São Vicente – SP**, gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde, não havendo nada que a desabone.

Leitos Operacionais:

Leitos de emergência adulto: 02 leitos
Leitos de enfermaria masculino/feminino: 08 leitos
Leitos de isolamento: 01 leito
Leitos de emergência pediátrica: 01 leito
Leitos de enfermaria pediátrica: 03 leitos

Serviços Prestados — Médicos Assistenciais: mês referência Dezembro/2025.

1. Atendimento Gerais / Totais realizados no período até o momento: 15.098.
2. atendimentos de urgência e emergência/ PS Adulto: 8890.
3. Atendimento de urgência e emergência/ PS Infantil: 2202.

Por ser verdade, firmamos a presente.

São Vicente, 04 de maio de 2026.

MICHELLE LUIS SANTOS:34032
531803
Michelle Luís Santos

Aprovado digitalmente por MICHELLE LUIS SANTOS:3403231803
PDF E-Sign, O=C=CP-Brasil, OU=Certificado Digital PF AS,
OU=videconferencia, OU=55965130001050, OU=AC,
SANTOS:3403231803
MICHELLE LUIS SANTOS:3403231803
Localização:
Data: 2026.05.04 14:30:09-0200'
Fórmula PDF Reader Versão: 2025.2.0

Secretária de Saúde de São Vicente



Mairinque, 11 de março de 2026.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0015-05, com sede na Av. Milton Cardoso Leite, 203 - Bairro Canguerinha, no município de Mairinque - SP, CEP.: 18.120-000, que presta serviços conforme Contrato de Gestão 039.22 com a Prefeitura do Município de Mairinque nos termos dos seguintes:

- Contrato de Gestão 039/2021 – que teve início em 01.12.2021 e vigora até a presente data 11/03/2026;

A referida entidade presta serviços de Execução de Serviços, cooperação técnica e operacional para gerenciamento e execução das atividades do Pronto Atendimento municipal de Mairinque/SP, desde 01 de dezembro de 2021.

Ressaltamos que até a data de 09/02/2024, a entidade estava registrada sob o CNPJ nº 47.708.771/0001-00 da matriz. No entanto, após o apostilamento, o registro passou a ser sob o nº. 47.708.771/0015-05 da filial.

Serviços Prestados

LEITOS DE APOIO	
6	Leitos Observação P.S
3	Leitos Observação P.S Infantil
2	Leitos Urgência e Emergência Pronto Socorro
4	Sala de Atendimento Ambulatorial
TOTAL DE LEITOS: 11 e 04 Salas de Atendimento Ambulatorial	

QUANTITATIVO DE PRODUÇÃO					
SERVIÇOS	2022	2023	2024	2025	Total
Atendimentos Ambulatoriais	54580	57456	60122	67520	239678
TOTAL	54580	57456	60122	67520	239678

João Gabriel Vieira
Secretário Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE VISITA TÉCNICA PARA AS

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/SAMU -192

Ref. Chamamento Público nº 001/2026

Processo Administrativo nº 8.209/2026

Em cumprimento ao estabelecido no edital do Chamamento Público nº 001/2026, atesto que a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, inscrita no CNPJ/MF sob o número 47.708.771/0001-00, sediada a Av. Robert Kenedy, nº 2.900, Assunção, São Bernardo do Campo/SP, CEP.: 09.860-000, por intermédio de seu representante legal, o Sr. **PAULO ANDRÉ MATTA CHAGAS**, portador da Carteira de Identidade nº 37.690.128-7 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 420.526.748-70, optou pela desistência da vistoria nas instalações físicas das Unidades Básicas de Saúde/SAMU - 192, e os equipamentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Município de Ferraz de Vasconcelos.

São Bernardo do Campo, 17 de julho de 2026.

PAULO ANDRÉ
MATTA
CHAGAS:420526
74870

Assinado de forma
digital por PAULO
ANDRÉ MATTA
CHAGAS:42052674870
Dados: 2026.07.20
17:58:55 -03'00'

PAULO ANDRÉ MATTA CHAGAS

CPF 420.526.748-70

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO BERNARDO



Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 20/07/2026 18:28:22 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 6aec769-dirty

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 7.1.4 - B - DeclaraÃ§Ã£o DesistÃncia de Visita TÃcnica.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

33d903ec7a2dcea8ed1b0d59ebb0c792376e023156dfb6c8763ae066f838d3fd

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 1

Quantidade de assinaturas ancoradas: 1

CN=PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:***526748**,
OU=Certificado PF A1, OU=Videoconferencia,
OU=37767890000171, OU=AC SOLUTI Multipla v5,
O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:***526748**,
OU=Certificado PF A1, OU=Videoconferencia,
OU=37767890000171, OU=AC SOLUTI Multipla v5, O=ICP-Brasil,
C=BR

CPF: ***.526.748-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 20/07/2026 17:58:55 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=PAULO ANDRE MATTA CHAGAS:42052674870,
OU=Certificado PF A1, OU=Videoconferencia,
OU=37767890000171, OU=AC SOLUTI Multipla v5,
O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SOLUTI Multipla v5, OU=AC SOLUTI v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/10/2025 13:42:00 BRT

Aprovado até: 20/10/2026 13:42:00 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SOLUTI Multipla v5, OU=AC SOLUTI v5,
O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SOLUTI v5, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5,
O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 05/02/2019 12:34:56 BRST

Aprovado até: 02/03/2029 08:58:59 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SOLUTI v5, OU=Autoridade Certificadora Raiz
Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de
Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 29/06/2018 15:55:20 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:20 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5,
OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI,
O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de
Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid