

2. CRITÉRIO B - QUALIDADE

2.1. QUALIDADE OBJETIVA

2.1.1. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

Nome: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão consultivo, normativo e executivo, responsável por planejar, implementar e monitorar medidas de prevenção e controle de infecções dentro da instituição. Sua atuação tem como objetivo principal garantir a segurança do paciente, reduzir a incidência de infecções hospitalares e promover a adesão às normas e diretrizes de biossegurança estabelecidas pelos órgãos reguladores nacionais e internacionais.

Membros Componentes:

A Comissão será composta por profissionais multidisciplinares com expertise em prevenção e controle de infecções. A composição mínima incluirá:

- Presidente (Médico Infectologista ou outro médico designado pela Direção Técnica)
- Coordenador de Enfermagem do CCIH
- Médico Representante da Direção Técnica
- Farmacêutico
- Biomédico ou Microbiologista
- Representante do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
- Enfermeiro Representante da Assistência
- Profissional da Equipe de Higienização e Limpeza
- Profissional Administrativo (SCIH)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A CCIH terá como principal objetivo desenvolver e monitorar programas de controle de infecção hospitalar, garantindo práticas seguras e a conformidade com os protocolos institucionais e regulatórios.

- Implementar e atualizar protocolos de prevenção e controle de infecções hospitalares.
- Monitorar e analisar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.
- Identificar e investigar surtos infecciosos na unidade hospitalar.
- Elaborar e executar planos de ação para minimizar os riscos de infecção associada à assistência à saúde (IRAS).
- Fiscalizar e orientar sobre a correta adesão às precauções padrão e medidas de isolamento.
- Supervisionar a gestão de antimicrobianos e a implementação de estratégias para controle da resistência microbiana.
- Realizar capacitações contínuas para os profissionais da unidade sobre prevenção de infecções e uso racional de antimicrobianos.
- Integrar-se com outras comissões hospitalares para fortalecimento das políticas de segurança do paciente.
- Criar e divulgar campanhas educativas para conscientização sobre higiene das mãos e práticas seguras na assistência hospitalar.
- Elaborar relatórios mensais detalhando a situação epidemiológica da instituição e propor estratégias de melhoria.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente da Comissão ou pela Direção Técnica em casos emergenciais, como surtos infecciosos.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Técnica

- A Direção Técnica será responsável por supervisionar e garantir a implementação das ações recomendadas pela CCIH.

- Todos os relatórios e recomendações elaborados pela Comissão serão encaminhados à Direção Técnica para análise e encaminhamento às instâncias superiores quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais, contendo dados epidemiológicos, análise de incidentes e propostas de intervenções para controle de infecções.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), vinculada à Direção Técnica do Hospital.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo, normativo e executivo, sendo responsável pela prevenção, monitoramento e controle de infecções hospitalares, promovendo um ambiente assistencial seguro.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por profissionais da saúde de diferentes áreas, conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Técnica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- I. Estabelecer, revisar e implementar protocolos de prevenção e controle de infecção hospitalar;
- II. Monitorar e analisar periodicamente os dados epidemiológicos da instituição;
- III. Realizar investigações e propor medidas para contenção de surtos infecciosos;
- IV. Orientar as equipes assistenciais quanto às boas práticas de controle de infecções;
- V. Promover ações educativas sobre higiene das mãos e precauções padrão;
- VI. Fiscalizar o cumprimento das normas sanitárias e de biossegurança;
- VII. Supervisionar o uso racional de antimicrobianos e o controle da resistência bacteriana;
- VIII. Elaborar pareceres técnicos e relatórios epidemiológicos mensais;
- IX. Integrar-se com outros setores hospitalares para garantir segurança assistencial;
- X. Garantir a confidencialidade e ética na investigação e análise de casos de infecção hospitalar.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Presidente da Comissão terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica.

Cronograma de Implantação da Comissão

Segue o Cronograma da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), adaptado ao Hospital e organizado mês a mês com atividades progressivas, responsáveis e objetivos — alinhada às diretrizes da RDC nº 36/2013, Portaria MS nº 2.616/1998, e às práticas recomendadas pela ONA e ANVISA.

Período: 1º Ano de Contrato de Gestão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Constituição e Posse da CCIH	Designação oficial dos membros pela Direção Técnica; apresentação do regimento, plano de trabalho e cronograma anual.	Direção Técnica, Coordenação da CCIH	Formalizar a estrutura e as responsabilidades da comissão.
Mês 1	Planejamento Anual das Ações	Elaboração do plano anual de prevenção e controle de infecções, com metas, indicadores e cronograma.	CCIH, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Definir metas e prioridades do primeiro ano.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 2	Capacitação Inicial e Sensibilização das Equipes	Treinamento introdutório sobre precauções padrão, higienização das mãos, uso de EPIs e biossegurança.	CCIH, Educação Permanente	Garantir padronização das práticas preventivas.
Mês 2	Avaliação de Protocolos Existentes	Levantamento e revisão dos protocolos vigentes de controle de infecção e antimicrobianos.	CCIH, Direção Técnica	Atualizar protocolos conforme normativas vigentes.
Mês 3	Auditoria Diagnóstica Institucional	Aplicação de checklist de conformidade (RDC 36/2013) nas unidades assistenciais.	CCIH, Qualidade	Diagnosticar pontos críticos e riscos assistenciais.
Mês 4	Campanha de Higiene das Mãos (Prévia ao 5 de Maio)	Desenvolvimento do plano de ação da campanha institucional.	CCIH, Comunicação	Planejar ações de engajamento e divulgação.
Mês 4	Monitoramento de Indicadores Epidemiológicos	Coleta e análise dos indicadores de IRAS; elaboração de relatórios mensais.	CCIH	Identificar tendências e propor medidas corretivas.
Mês 5	Integração com Demais Comissões	Reunião intercomissional (CCIH, CQH, CCIH, NQSP, NEP, CME).	CCIH, Direção Técnica	Promover integração das políticas de segurança.
Mês 5	Campanha “5 de Maio – Higienização das Mãos”	Atividades educativas, concursos e divulgação de resultados de auditorias.	CCIH, Comunicação, Enfermagem	Aumentar adesão às práticas de higiene das mãos.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 6	Auditoria de Práticas Clínicas Seguras	Avaliação do cumprimento das precauções padrão e medidas de isolamento.	CCIH, Supervisores de Enfermagem	Identificar oportunidades de melhoria assistencial.
Mês 6	Revisão de Protocolos e POPs	Revisão semestral dos documentos institucionais relacionados ao controle de infecção.	CCIH, Direção Técnica	Manter conformidade com normas e boas práticas.
Mês 6	Relatório Semestral Epidemiológico	Consolidação de dados do semestre, análise crítica e propostas de ações.	CCIH	Avaliar resultados e planejar ajustes estratégicos.
Mês 7	Campanha sobre Resistência Microbiana	Ações educativas sobre uso racional de antimicrobianos e resistência bacteriana.	CCIH, Farmácia Clínica	Reduzir o uso inadequado de antimicrobianos.
Mês 7	Investigação de Surtos (Simulação)	Simulação de resposta institucional a um surto infeccioso.	CCIH, Direção Técnica	Treinar a equipe para resposta rápida e coordenada.
Mês 8	Capacitação Contínua – Biossegurança Avançada	Treinamento prático sobre manejo de materiais infectantes e resíduos.	CCIH, SESMT, CME	Reforçar segurança ocupacional e ambiental.
Mês 9	Auditoria de Limpeza Hospitalar e CME	Avaliação dos processos de limpeza terminal e esterilização.	CCIH, Facilities, CME	Verificar conformidade com padrões de desinfecção.
Mês 9	Semana de Segurança do Paciente (17/09)	Integração da CCIH na programação institucional de segurança.	CCIH, NQSP, Comunicação	Enfatizar o papel da CCIH na cultura de segurança.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 10	Monitoramento e Feedback às Unidades	Reunião com líderes assistenciais para devolutiva dos indicadores.	CCIH, Enfermagem	Promover ações corretivas participativas.
Mês 10	Avaliação de Adesão às Precauções de Contato	Observação direta e monitoramento da adesão às medidas de isolamento.	CCIH, Supervisores	Melhorar adesão às medidas preventivas.
Mês 11	Oficina de Análise de Casos de IRAS	Estudo de casos reais com metodologia de análise de causa raiz (Protocolo de Londres).	CCIH, NQSP	Promover aprendizado institucional com base em eventos.
Mês 11	Relatório Quadrimestral e Epidemiológico e Planejamento 2026	Consolidação dos dados de IRAS e propostas de metas para o próximo ano.	CCIH, Direção Técnica	Planejar melhorias contínuas e alinhar metas futuras.
Mês 11	Campanha de Prevenção de Infecção Cirúrgica	Ações educativas e reforço das boas práticas em centro cirúrgico.	CCIH, CME, Cirurgia	Reduzir risco de ISC (Infecção de Sítio Cirúrgico).
Mês 12	Avaliação Final do Plano Anual	Reunião de encerramento: análise crítica das metas atingidas e elaboração do relatório anual.	CCIH, Direção Técnica	Avaliar desempenho e definir ajustes para o próximo ciclo.
Mês 12	Reconhecimento das Boas Práticas	Divulgação de resultados e reconhecimento das equipes com melhores índices de adesão.	CCIH, RH, Comunicação	Estimular cultura de segurança e reconhecimento institucional.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pciras>. Acesso em: 08 outubro. 2025.

ANVISA. RESOLUÇÃO RDC nº 36/2013. *Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/resolucoesrdc36>. Acesso em: 08 outubro. 2025.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. *RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Dispõe sobre ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. BRASIL.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998*. Dispõe sobre o Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Core Components for Infection Prevention and Control Programmes*. Geneva, 2016.

BRASIL. **ANVISA**. *Manual de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde*. Brasília, 2020.

2.1.2. Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar

2.1.2.1. Comissão de Ética Médica (CEM)

Nome: Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão consultivo, normativo e fiscalizador, responsável por zelar pelo cumprimento dos princípios éticos no exercício da medicina dentro da instituição. Seu objetivo principal é garantir a qualidade dos serviços médicos prestados, promover boas práticas assistenciais e fortalecer a conduta ética profissional em conformidade com o Código de Ética Médica e demais normas regulatórias.

Membros Componentes:

A Comissão será composta por médicos que atuam na instituição, garantindo a diversidade de especialidades e a representatividade profissional. A composição mínima incluirá:

- Presidente (Médico indicado pela Direção Técnica)

- Vice-Presidente
- Secretário
- Membros Efetivos (mínimo de 3 médicos representantes de diferentes especialidades)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A Comissão de Ética Médica terá como principal objetivo garantir a conduta ética e profissional dos médicos da instituição, promovendo boas práticas e atuando na mediação de conflitos e na orientação dos profissionais quanto à ética médica.

- Analisar e emitir pareceres sobre denúncias e infrações éticas ocorridas na instituição.
- Promover a conscientização e capacitação dos profissionais médicos sobre o Código de Ética Médica.
- Elaborar diretrizes e normativas para garantir a conduta ética no atendimento pediátrico.
- Mediar conflitos éticos e assistenciais entre médicos, pacientes e familiares.
- Acompanhar e sugerir melhorias nos processos assistenciais que envolvem a ética profissional.
- Estabelecer um canal de comunicação seguro e sigiloso para recebimento de denúncias e reclamações.
- Integrar-se com outras comissões hospitalares para fortalecer a segurança do paciente e a qualidade assistencial.
- Participar ativamente de auditorias e investigações internas que envolvam aspectos éticos na prática médica.
- Incentivar pesquisas e discussões acadêmicas sobre bioética e dilemas éticos na assistência pediátrica.
- Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades da Comissão e encaminhá-los à Direção Técnica e ao Conselho Regional de Medicina quando necessário.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente da Comissão ou pela Direção Técnica em caso de necessidade.

- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Médica

- A Direção Médica será responsável por supervisionar e garantir o cumprimento das normas éticas estabelecidas pela Comissão.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados pela Comissão serão encaminhados à Direção Técnica e, quando necessário, ao Conselho Regional de Medicina.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais, contendo análise de ocorrências, propostas de melhorias e ações preventivas para fortalecimento da ética profissional.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Ética Médica, vinculada à Direção Técnica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo, fiscalizador e orientador, visando garantir que a prática médica na instituição seja conduzida conforme os princípios éticos da medicina.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por médicos da instituição, conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Técnica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- I. Garantir o cumprimento do Código de Ética Médica dentro da instituição;
- II. Analisar e emitir pareceres sobre possíveis infrações éticas;
- III. Promover capacitações e ações educativas sobre ética médica;
- IV. Atuar na mediação de conflitos assistenciais e éticos entre médicos, pacientes e familiares;
- V. Integrar-se com outras comissões para garantir a qualidade e segurança assistencial;
- VI. Criar normativas internas para a conduta ética dos profissionais médicos;

VII. Elaborar relatórios e encaminhar informações relevantes à Direção Técnica e ao Conselho Regional de Medicina;

VIII. Assegurar a confidencialidade e ética na análise de casos e denúncias.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Presidente da Comissão terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica.

Cronograma de Implantação da Comissão

Cronograma Anual Detalhado da Comissão de Ética Médica (CEM) — desenvolvido para o **Hospital Regional Dr. José Simone Netto – Ponta Porã/MS**, contemplando todas as ações previstas para o **primeiro ano de contrato de gestão**, com foco na ética profissional, conduta médica e mediação de conflitos, conforme o **Código de Ética Médica (CFM, 2019)** e diretrizes da **Resolução CFM nº 2.217/2018**.

Período: 1º Ano de Contrato de Gestão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Constituição e Posse da Comissão	Designação oficial dos membros pela Direção Técnica; apresentação do regimento interno e plano de trabalho anual.	Direção Técnica, Coordenação da CEM	Formalizar a estrutura e alinhar responsabilidades e metas do primeiro ano.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Planejamento Estratégico das Ações Éticas	Definição do cronograma anual de atividades, metas de acompanhamento e integração com a Direção Médica.	CEM, Direção Técnica	Planejar ações para promoção da ética e boas práticas.
Mês 2	Capacitação Inicial sobre Código de Ética Médica	Treinamento sobre deveres, direitos e proibições segundo o Código de Ética Médica e resoluções do CFM.	CEM, Educação Permanente	Uniformizar o entendimento sobre a ética médica institucional.
Mês 2	Elaboração de Diretrizes Internas	Desenvolvimento de normativas internas adaptadas à realidade da instituição (prontuário, relação médico-paciente, sigilo, publicidade).	CEM, Direção Médica	Garantir base normativa sólida para conduta ética.
Mês 3	Criação do Canal Ético-Confidencial	Implantar canal sigiloso (e-mail, formulário online ou urna física) para recebimento de denúncias e manifestações.	CEM, Tecnologia da Informação, RH	Assegurar confidencialidade e segurança no recebimento de denúncias.
Mês 3	Campanha de Divulgação da Comissão	Divulgação institucional (cartazes, intranet, murais) explicando o papel da CEM e canais de comunicação.	CEM, Comunicação Interna	Promover transparência e confiança na atuação da comissão.
Mês 4	Auditoria Ético-Assistencial	Revisão dos prontuários e condutas médicas visando identificar práticas que contrariem o Código de Ética Médica.	CEM, Direção Médica	Avaliar conformidade das práticas clínicas com princípios éticos.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 4	Relatório Quadrimensal I	Emissão de relatório com análise de casos éticos e propostas de melhoria enviadas à Direção Técnica e CRM-MS.	CEM	Garantir transparência e acompanhamento das ações éticas.
Mês 5	Integração com Outras Comissões	Reunião conjunta com NSP, CCIH, CME e Ensino para discutir dilemas éticos comuns e alinhar condutas.	CEM, Direção Técnica	Promover uniformidade nas decisões éticas e assistenciais.
Mês 5	Capacitação em Mediação de Conflitos	Oficina prática sobre técnicas de mediação e comunicação não violenta entre equipes médicas e familiares.	CEM, Educação Permanente	Fortalecer habilidades de resolução ética de conflitos.
Mês 6	Análise de Casos e Discussão Bioética	Estudo e discussão de dilemas éticos reais (sigilo, terminalidade, consentimento informado).	CEM, Corpo Clínico	Fomentar reflexão ética e aprendizado coletivo.
Mês 6	Avaliação das Normativas Internas	Revisão das diretrizes implantadas no primeiro semestre e atualização conforme necessidade.	CEM	Manter conformidade com atualizações legais e institucionais.
Mês 7	Campanha de Ética e Humanização Médica	Ações educativas e materiais de sensibilização sobre empatia, respeito e escuta ativa no atendimento.	CEM, Comunicação, RH	Reforçar valores éticos e humanização na assistência médica.
Mês 7	Auditoria de Condutas em Pronto Atendimento	Avaliação específica das práticas médicas de urgência e emergência.	CEM, Direção Médica	Garantir ética e segurança nos atendimentos críticos.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 8	Integração Ética com Corpo Clínico e Residentes	Roda de conversa sobre dilemas éticos em formação médica e acompanhamento de preceptores.	CEM, Núcleo de Ensino e Pesquisa	Promover cultura ética entre profissionais em formação.
Mês 8	Relatório Quadrimestre II	Consolidação de casos, pareceres e mediações realizadas no trimestre.	CEM	Manter histórico atualizado das ações éticas.
Mês 9	Campanha de Sigilo e Privacidade Médica	Reforço das regras de confidencialidade e sigilo de informações clínicas e institucionais.	CEM, Comunicação	Prevenir infrações relacionadas à divulgação indevida.
Mês 9	Semana de Segurança do Paciente (17/09)	Participação ativa da CEM na programação da semana, abordando ética e segurança no cuidado.	CEM, NSP, Direção Técnica	Integrar ética e segurança como eixos complementares.
Mês 10	Encontro de Discussão Bioética Institucional	Seminário interno com temas sobre autonomia, confidencialidade, terminalidade e judicialização da saúde.	CEM, Corpo Clínico, Direção Técnica	Estimular a discussão ética e formação continuada.
Mês 10	Auditoria de Práticas Clínicas Multidisciplinares	Revisão de prontuários e fluxos assistenciais com enfoque em conduta ética e comunicação interprofissional.	CEM, Qualidade, Enfermagem	Melhorar práticas colaborativas e éticas intersetoriais.
Mês 11	Planejamento Ético para o Próximo Ano	Avaliação das metas alcançadas e elaboração de plano de ação 2026.	CEM, Direção Técnica	Assegurar continuidade e aprimoramento da atuação ética.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 11	Campanha de Valorização do Profissional Médico	Ações voltadas à ética no cuidado de si e do outro, com reconhecimento de boas práticas.	CEM, RH, Comunicação	Valorizar condutas exemplares e promover cultura de respeito.
Mês 12	Avaliação Final e Relatório Anual	Apresentação do relatório consolidado de atividades à Direção Técnica e encaminhamento ao CRM-MS.	CEM, Direção Técnica	Formalizar resultados e propostas de melhoria contínua.
Mês 12	Encerramento e Reconhecimento Ético	Reunião de encerramento com feedback institucional e reconhecimento simbólico aos membros.	CEM, Direção Médica	Valorizar a atuação da Comissão e reforçar a ética institucional.

Referências

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/eticamedica>. Acesso em: 08 outubro 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO AMAZONAS (CREMAM). *Normativas e Regulamentações Éticas na Prática Médica*. Manaus, 2024. Disponível em: <https://www.cremam.org.br>. Acesso em: 08 outubro 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018*. Aprova o novo Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009*. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MATO GROSSO DO SUL (CRM-MS). *Manual de Orientação para Comissões de Ética Médica*. Campo Grande: CRM-MS, 2023.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.

2.1.2.2. Comissão de Ética em Enfermagem (CEE)

Nome: Comissão de Ética em Enfermagem

A Comissão de Ética em Enfermagem Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão consultivo, educativo e fiscalizador, responsável por promover e garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem dentro da instituição. Seu objetivo principal é assegurar que a prática da enfermagem seja conduzida conforme os princípios do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, fortalecendo a qualidade da assistência e a humanização do cuidado prestado aos pacientes pediátricos.

Membros Componentes:

A Comissão será composta por profissionais de enfermagem da instituição, garantindo representatividade e diversidade na equipe. A composição mínima incluirá:

- Presidente (Enfermeiro indicado pela Direção de Enfermagem)
- Vice-Presidente
- Secretário
- Membros Efetivos (mínimo de 3 enfermeiros representantes de diferentes setores assistenciais)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A Comissão de Ética em Enfermagem terá como principal objetivo zelar pelo exercício ético-profissional da equipe de enfermagem, promovendo boas práticas e auxiliando na resolução de dilemas éticos dentro da instituição.

- Analisar e emitir pareceres sobre denúncias e infrações éticas cometidas por profissionais de enfermagem.
- Promover a conscientização e capacitação contínua dos profissionais sobre o Código de Ética da Enfermagem.
- Criar diretrizes internas para a conduta ética da equipe de enfermagem no atendimento pediátrico.
- Mediar conflitos assistenciais e éticos entre profissionais de enfermagem, pacientes e familiares.

- Acompanhar e sugerir melhorias nos processos assistenciais que envolvem questões éticas.
- Estabelecer um canal de comunicação seguro e sigiloso para recebimento de denúncias e relatos de infrações.
- Integrar-se com outras comissões hospitalares para fortalecer a qualidade assistencial e a segurança do paciente.
- Participar de auditorias e investigações internas que envolvam aspectos éticos na prática da enfermagem.
- Incentivar pesquisas e discussões acadêmicas sobre bioética e dilemas éticos na assistência pediátrica.
- Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades da Comissão e encaminhá-los à Direção de Enfermagem e ao Conselho Regional de Enfermagem quando necessário.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente da Comissão ou pela Direção de Enfermagem em caso de necessidade.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção de Enfermagem

- A Direção de Enfermagem será responsável por supervisionar e garantir o cumprimento das normas éticas estabelecidas pela Comissão.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados pela Comissão serão encaminhados à Direção de Enfermagem e, quando necessário, ao Conselho Regional de Enfermagem.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais, contendo análise de ocorrências, propostas de melhorias e ações preventivas para fortalecimento da ética profissional.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem, vinculada à Direção de Enfermagem Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo, educativo e fiscalizador, com a finalidade de garantir que a prática da enfermagem na instituição seja conduzida conforme os princípios éticos da profissão.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por enfermeiros da instituição, conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção de Enfermagem para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- I. Garantir o cumprimento do Código de Ética da Enfermagem dentro da instituição;
- II. Analisar e emitir pareceres sobre possíveis infrações éticas;
- III. Promover capacitações e ações educativas sobre ética na enfermagem;
- IV. Atuar na mediação de conflitos assistenciais e éticos entre profissionais, pacientes e familiares;
- V. Integrar-se com outras comissões para garantir a qualidade e segurança assistencial;
- VI. Criar normativas internas para a conduta ética dos profissionais de enfermagem;
- VII. Elaborar relatórios e encaminhar informações relevantes à Direção de Enfermagem e ao Conselho Regional de Enfermagem;
- VIII. Assegurar a confidencialidade e ética na análise de casos e denúncias.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Presidente da Comissão terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção de Enfermagem.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma de Implantação da Comissão

Cronograma Anual Detalhado da Comissão de Ética em Enfermagem (CEE) do Hospital Regional Dr. José Simone Netto – Ponta Porã/MS, elaborado com base no **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017)** e diretrizes do **Sistema Cofen/Coren**. E está descrito mês a mês, com atividades progressivas e contínuas, integrando ações de conscientização, auditoria, capacitação e acompanhamento ético-profissional.

Período: 1º Ano de Contrato de Gestão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Formação e Posse da Comissão	Nomeação oficial dos membros pela Direção de Enfermagem; apresentação do regimento interno, plano de trabalho e metas do primeiro ciclo.	Direção de Enfermagem, Coordenação da CEE	Formalizar a Comissão e alinhar responsabilidades.
	Planejamento Anual	Elaboração do plano de ação ético-profissional, definindo metas, indicadores e estratégias de atuação.	CEE, Direção de Enfermagem	Planejar as ações éticas e educacionais para o ano.
Mês 2	Capacitação Inicial sobre Ética Profissional	Realizar capacitação sobre o Código de Ética da Enfermagem e responsabilidades do exercício profissional.	CEE, Núcleo de Educação Permanente (NEP), RH	Assegurar conhecimento uniforme entre os profissionais de enfermagem.
	Elaboração de Diretrizes Internas de Conduta Ética	Criar e validar diretrizes internas aplicáveis à prática da enfermagem, especialmente no cuidado pediátrico e humanizado.	CEE, Direção de Enfermagem	Estabelecer normas claras de conduta ética institucional.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 3	Implantação do Canal Confidencial de Denúncias	Criar um canal sigiloso (digital e físico) para registro de condutas antiéticas e manifestações éticas.	CEE, Tecnologia da Informação, RH	Garantir confidencialidade e segurança na comunicação de denúncias.
	Campanha de Divulgação Institucional da Comissão	Apresentação da CEE à equipe e divulgação dos meios de contato e atribuições.	CEE, Comunicação Interna	Promover transparência e engajamento dos colaboradores.
Mês 4	Auditoria Ético-Assistencial I	Avaliação inicial de conformidade ética nas práticas assistenciais de enfermagem.	CEE, Direção de Enfermagem	Diagnosticar pontos críticos e oportunidades de melhoria.
	Integração Intercomissional	Reunião com NSP, CCIH, CME e NQSP para discutir temas éticos e alinhar fluxos conjuntos.	CEE, Direção Técnica	Estimular a colaboração entre comissões e práticas seguras.
Mês 5	Oficina de Mediação de Conflitos e Comunicação Ética	Realizar atividade educativa sobre escuta ativa, empatia e resolução ética de conflitos assistenciais.	CEE, NEP	Fortalecer a gestão ética e interpessoal da equipe.
	Análise de Casos Éticos (Estudo de Situações Reais)	Discutir casos institucionais de dilemas éticos com abordagem educativa.	CEE, Direção de Enfermagem	Promover aprendizado prático e compartilhamento de experiências.
Mês 6	Avaliação das Diretrizes Internas	Revisar e ajustar as normativas criadas conforme os desafios identificados na prática.	CEE, Direção de Enfermagem	Assegurar atualização e aplicabilidade das normas éticas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	Relatório Quadrimestral I	Consolidar ações, pareceres e auditorias dos quatro primeiros meses, com envio à Direção e COREN/MS.	CEE	Documentar resultados e fortalecer a transparência institucional.
Mês 7	Campanha de Valorização da Enfermagem Ética	Realizar ações de reconhecimento das boas práticas e reforço do comportamento ético.	CEE, Comunicação, RH	Promover engajamento e orgulho profissional.
	Auditoria Ético-Assistencial II (Reavaliação)	Revisitar os indicadores éticos avaliados no primeiro quadrimestre.	CEE, Direção de Enfermagem	Monitorar evolução e impacto das ações educativas.
Mês 8	Capacitação Avançada em Bioética e Tomada de Decisão	Realizar seminário sobre dilemas éticos: terminalidade, autonomia e consentimento informado.	CEE, Núcleo de Ensino	Fortalecer a capacidade crítica e reflexiva dos profissionais.
	Campanha sobre Sigilo e Confidencialidade	Reforçar a importância do sigilo profissional e confidencialidade de dados assistenciais.	CEE, Comunicação Interna	Reduzir incidentes de exposição de informações.
Mês 9	Integração com Semana de Segurança do Paciente	Participação da CEE em ações educativas e campanhas institucionais.	CEE, NSP, Direção Técnica	Integrar ética e segurança como pilares assistenciais.
	Análise de Conflitos Éticos e Interprofissionais	Discutir situações que envolvam múltiplas áreas (Enfermagem, Medicina, Fisioterapia).	CEE, Direção Técnica	Melhorar a resolução ética em contextos multiprofissionais.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 10	Relatório Quadrimestral II	Emissão de relatório consolidado referente ao segundo quadrimestre.	CEE, Direção de Enfermagem	Acompanhar avanços e definir novas ações de prevenção ética.
	Oficina de Ética na Liderança e Supervisão	Treinamento específico para enfermeiros líderes sobre ética na gestão de pessoas e decisões clínicas.	CEE, RH, NEP	Fortalecer a postura ética e o exemplo institucional.
Mês 11	Auditoria Ética e Humanização	Avaliação prática do comportamento ético e da empatia nas relações assistenciais.	CEE, Qualidade, Direção de Enfermagem	Consolidar o compromisso ético na cultura institucional.
	Planejamento Estratégico Ético 2026	Definir diretrizes e prioridades para o segundo ano de atuação da CEE.	CEE, Direção de Enfermagem	Garantir continuidade e evolução das ações.
Mês 12	Relatório Quadrimestral III (Encerramento)	Relatório final consolidando todo o ciclo anual com dados, indicadores e recomendações.	CEE, Direção de Enfermagem	Prestar contas, avaliar resultados e propor melhorias.
	Reunião de Encerramento e Reconhecimento	Reunião final com devolutiva institucional e reconhecimento simbólico dos membros da Comissão.	CEE, RH, Direção de Enfermagem	Valorizar o trabalho dos membros e fortalecer a cultura ética.

Referências

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Brasília: COFEN, 2021. Disponível em: <https://www.portalcofen.gov.br/eticaprofissional>. Acesso em: 08 outubro 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO AMAZONAS (CORENAM). *Normativas e Regulamentações Éticas na Prática da Enfermagem*. Manaus, 2024. Disponível em: <https://www.coren-am.org.br>. Acesso em: 08 outubro 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017*. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). *Manual de Orientação para Comissões de Ética de Enfermagem*. Campo Grande: COREN-MS, 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009*. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.

2.1.2.3. Comissão de Ética Multidisciplinar

Nome: Comissão de Ética Multidisciplinar (CEEM)

Descrição

A **Comissão de Ética Multidisciplinar (CEM)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é um órgão técnico, consultivo e educativo, vinculado à **Direção Técnica** e ao **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**.

Tem como finalidade **promover, orientar e fortalecer os princípios éticos e humanitários** no exercício profissional das diversas categorias da equipe multiprofissional de saúde, atuando na **prevenção, mediação e orientação de condutas éticas** no ambiente hospitalar.

A CEM tem papel essencial na consolidação de uma **cultura organizacional baseada na ética, no respeito, na empatia e na integridade profissional**, estimulando a responsabilidade coletiva e a valorização das boas práticas em saúde.

Sua atuação é guiada pelos **Códigos de Ética Profissional** de cada categoria, pelos princípios da **bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça)** e pelos padrões de qualidade da **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**.

Membros Componentes:

A composição da **CEM** é multiprofissional, representando os diversos campos de atuação na instituição, com mandato de 1 (um) ano, renovável, designados pela **Direção Técnica**:

- Coordenador da Comissão (profissional com experiência ética e em gestão de pessoas);
- Representante da Direção Técnica;
- Representante do Corpo Clínico (médico);
- Representante da Enfermagem;
- Representante da Farmácia Hospitalar;
- Representante da Fisioterapia;
- Representante da Psicologia;
- Representante do Serviço Social;
- Representante da Nutrição e Dietética;
- Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante da Ouvidoria (quando houver).

Outros profissionais poderão ser convidados temporariamente, de acordo com a natureza das discussões éticas.

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Instituir formalmente a **Comissão de Ética Multidisciplinar (CEM)** com regimento interno aprovado;
- Promover a **ética profissional, a humanização e o respeito mútuo** em todos os níveis da instituição;
- Implantar o **Plano de Ações Éticas e Humanização**;
- Fomentar a **educação continuada em ética e bioética**;
- Atuar preventivamente em **situações de conflito ético e interpessoal**;
- Estabelecer **fluxos de escuta e mediação ética**;
- Fortalecer o vínculo com os **Conselhos de Classe Profissional**;

- Promover **discussões de casos éticos e dilemas assistenciais**;
- Elaborar **relatórios técnicos e pareceres éticos**;
- Integrar-se com as demais comissões institucionais (NSP, CGR, CFT, CRSS, CT) na promoção da conduta ética e segura.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões mensais ordinárias** para acompanhamento das ações;
- **Reuniões extraordinárias** sempre que houver necessidade de avaliação de casos específicos;
- Todas as reuniões deverão ser **registradas em ata**, com registro de deliberações, responsáveis e prazos.

Controle pela Direção Técnica

- A **Direção Técnica** supervisionará a execução das ações da CEM;
- Os **relatórios e pareceres éticos** deverão ser encaminhados à Direção e, quando aplicável, aos Conselhos Profissionais;
- A **Direção** garantirá apoio institucional e sigilo nas situações de análise ética.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão de Ética Multidisciplinar (CEM)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CEM será composta por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio técnico-operacional.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Técnica e terão mandato de 1 (um) ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CEM:

- Promover o cumprimento dos **Códigos de Ética Profissional** e normas institucionais;
- Atuar na **prevenção, orientação e mediação** de conflitos éticos e interpessoais;

- Realizar **ações educativas e de sensibilização** em ética, bioética e conduta profissional;
- Assessorar a Direção em temas éticos, de humanização e relações de trabalho;
- Acompanhar **denúncias ou notificações éticas**, garantindo confidencialidade e imparcialidade;
- Manter registro e sigilo sobre os casos analisados;
- Propor **melhorias nos fluxos e nas relações interprofissionais**;
- Integrar-se com o **NQSP** e demais comissões de qualidade e segurança;
- Emitir **relatórios técnicos e recomendações** à Direção e às áreas envolvidas.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e extraordinariamente conforme necessidade.

Art. 6º As deliberações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de desempate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CEM em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma de Implantação da Comissão

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Ética Multidisciplinar (CEM)

Mê s	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mê s 1	Criação formal da CEM e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CEM	Estruturar formalmente a comissão.
Mê s 2	Diagnóstico ético	Levantamento de percepções e situações	CEM, NQSP, RH	Mapear desafios éticos e relacionais.

	relacional institucional	críticas nas equipes.		
Mês 3	Elaboração do Plano de Ações Éticas e Humanização	Planejamento de atividades educativas e preventivas.	CEM, NEP	Promover engajamento ético institucional.
Mês 4	Capacitação em ética e bioética profissional	Workshop com base nos Códigos de Ética das categorias.	CEM, NEP, Conselhos Regionais	Fortalecer a prática ética e reflexiva.
Mês 5	Implementação do canal de escuta e mediação ética	Criação de fluxo para registros e acolhimento ético.	CEM, RH, Ouvidoria	Favorecer ambiente de confiança e diálogo.
Mês 6	Discussão de casos e dilemas éticos	Análise multiprofissional de casos reais ou simulados.	CEM, NQSP	Aprimorar tomada de decisão ética.
Mês 7	Integração com outras comissões institucionais	Ações conjuntas sobre segurança, comunicação e ética.	CEM, NSP, CGR	Promover transversalidade e ética.
Mês 8	Campanha "Ética e	Campanha interna com ações	CEM, Comunicação Interna	Disseminar valores éticos e de respeito.

	Humanização em Ação"	educativas e vídeos motivacionais.		
Mês 9	Revisão dos fluxos e protocolos éticos	Atualização das diretrizes de conduta profissional.	CEM, Direção Técnica	Garantir alinhamento e atualização.
Mês 10	Fórum Institucional de Ética e Humanização	Encontro multiprofissional para reflexão e integração ética.	CEM, NEP	Estimular cultura ética e humanizada.
Mês 11	Relatório consolidado anual da CEM	Consolidação de casos, ações e resultados alcançados.	CEM, Direção Técnica	Evidenciar avanços e melhorias institucionais.
Mês 12	Planejamento Estratégico para 2026	Definição de metas e plano de continuidade.	CEM, Direção Técnica	Assegurar sustentabilidade e das ações.

Referências Bibliográficas (ABNT)

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 596, de 21 de fevereiro de 2014**. Aprova o Código de Ética Farmacêutica.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 010/2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ethical Leadership in Health Care**. Geneva: WHO, 2021.

2.1.3. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP)

Nome: Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP)

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por garantir a qualidade, a segurança e a integridade das informações contidas nos prontuários dos pacientes. Sua atuação visa promover a melhoria contínua dos processos de registro clínico, assegurando conformidade com as legislações vigentes, normas institucionais e padrões éticos da assistência pediátrica.

Membros Componentes:

A Comissão será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar na análise dos prontuários médicos. A composição mínima incluirá:

- Médico Auditor
- Médico Clínico Representante das Especialidades Assistenciais
- Enfermeiro Auditor
- Enfermeiro Representante da Assistência
- Representante do Núcleo de Segurança do Paciente
- Profissional de Tecnologia da Informação (para suporte na digitalização e segurança de dados)

- Profissional Administrativo (responsável pela gestão documental e registros)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principal objetivo avaliar, padronizar e aprimorar a documentação clínica dos pacientes pediátricos, garantindo registros completos, claros e precisos, de modo a fortalecer a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a conformidade legal.

- Implementar diretrizes para padronização e qualidade da documentação clínica nos prontuários.
- Realizar auditorias periódicas para avaliar a conformidade dos registros médicos com normas regulatórias e de segurança do paciente.
- Elaborar e divulgar protocolos de boas práticas para preenchimento adequado dos prontuários.
- Integrar-se com a equipe multiprofissional para reduzir falhas documentais e evitar omissões que possam comprometer a assistência.
- Criar indicadores de qualidade para monitorar e melhorar a completude e a legibilidade dos registros.
- Propor ações corretivas e preventivas para adequação dos prontuários médicos ao padrão exigido pela legislação e creditações hospitalares.
- Verificar a qualidade e a completude dos prontuários médicos, garantindo legibilidade, clareza e precisão das informações registradas.
- Assegurar que os registros clínicos estejam em conformidade com as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e demais órgãos reguladores da saúde.
- Identificar não conformidades nos registros médicos e propor ações corretivas e preventivas.
- Promover capacitações e treinamentos periódicos para os profissionais de saúde sobre boas práticas na documentação clínica.
- Integrar-se com outras comissões hospitalares, como o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para garantir uma abordagem multiprofissional e integrada.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente da Comissão ou pela Direção Médica sempre que necessário.
- Os encontros terão pauta definida previamente e serão registradas em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das mesmas pela direção médica

- A Direção Médica será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da Comissão.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à Direção Médica para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais à Direção Médica com indicadores de conformidade, não conformidades detectadas e ações corretivas propostas.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, vinculada à Direção Médica da instituição.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo e deliberativo, visando avaliar, orientar e garantir a qualidade da documentação clínica nos prontuários médicos.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por profissionais de diversas áreas conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Médica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- I. Revisar a qualidade e integridade dos prontuários médicos;
- II. Avaliar aderência a normas éticas e legais na documentação médica;
- III. Propor melhorias nos processos de registro clínico;

- IV. Estabelecer indicadores de qualidade e conformidade;
- V. Desenvolver ações educativas para profissionais da saúde;
- VI. Relatar não conformidades à Direção Médica;
- VII. Sugerir ações corretivas e preventivas.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do Presidente da Comissão.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Médica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Médica.

Cronograma de Implantação da Comissão

Segue **Cronograma Anual Detalhado** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto – Ponta Porã/MS** com atividades progressivas e contínuas, integrando ações de conscientização, auditoria, capacitação e acompanhamento ético-profissional.

Período: 1º Ano de Contrato de Gestão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Formação e Posse da Comissão	Nomeação oficial dos membros pela Direção Médica, apresentação do regimento e cronograma anual.	Direção Médica, Coordenação da Comissão	Formalizar a comissão e alinhar diretrizes iniciais.

Mês 1	Treinamento Institucional	Capacitação dos membros sobre legislações vigentes (CFM, COFEN, ONA, LGPD) e padrões de registro.	Comissão, RH, Educação Permanente	Garantir conhecimento técnico e normativo aos integrantes.
Mês 2	Diagnóstico Situacional dos Prontuários	Revisão amostral de prontuários com aplicação de checklist de conformidade documental.	Médicos e Enfermeiros Auditores	Identificar falhas de preenchimento e mapear não conformidades.
Mês 2	Padronização de Critérios de Avaliação	Definição dos parâmetros de qualidade: legibilidade, completude, clareza e responsabilidade técnica.	Comissão	Criar base de padronização para auditorias futuras.
Mês 3	Elaboração de Protocolos e Diretrizes de Documentação	Desenvolvimento de guia interno de boas práticas no preenchimento de prontuários.	Comissão, Direção Médica	Promover padronização e segurança da informação assistencial.
Mês 3	Criação de Indicadores de Qualidade Documental	Definição dos indicadores de conformidade e metodologia de coleta.	Comissão, TI	Mensurar desempenho e evolução documental.
Mês 4	Auditoria Piloto de Prontuários	Aplicação dos protocolos criados em amostra representativa de	Comissão, Qualidade	Testar a efetividade dos critérios definidos e ajustar processos.

		unidades assistenciais.		
Mês 4	Relatório Quadrimestral I	Consolidação das análises dos quatro primeiros meses, com apresentação de resultados e plano de ação.	Comissão, Direção Médica	Avaliar desempenho inicial e propor ações corretivas.
Mês 5	Capacitação Multiprofissional em Registro Clínico	Treinamento dos profissionais sobre preenchimento ético e técnico de prontuários.	Comissão, NEP, RH	Promover padronização e reduzir não conformidades.
Mês 5	Campanha “Registro é Cuidado”	Ação educativa para reforçar a importância da documentação precisa e legível.	Comissão, Comunicação Interna	Sensibilizar os profissionais para boas práticas documentais.
Mês 6	Auditoria de Conformidade e Feedback às Unidades	Revisão de prontuários por setor e devolutiva às equipes sobre conformidade.	Comissão, Enfermagem, Coordenação Médica	Fortalecer a melhoria contínua nos registros.
Mês 6	Revisão dos Protocolos Internos	Atualização das diretrizes e inclusão de ajustes conforme resultados das auditorias.	Comissão	Manter os protocolos atualizados e efetivos.
Mês 7	Integração com Outras Comissões	Reunião intercomissional (CCIH, NSP, CME, Ética Médica) para análise integrada de riscos e registros.	Comissão, Direção Técnica	Garantir abordagem multiprofissional e sinérgica.

Mês 7	Auditoria Temática: Alta Hospitalar e Evoluções	Avaliação focada na completude de evolução multiprofissional e sumário de alta.	Comissão, Núcleo de Qualidade	Reduzir lacunas e inconformidades na transição do cuidado.
Mês 8	Monitoramento dos Indicadores de Documentação	Acompanhamento dos indicadores de qualidade e conformidade dos registros.	Comissão, TI	Analisar evolução e consistência das melhorias implantadas.
Mês 8	Relatório Quadrimestral II	Consolidação dos dados e avaliação do segundo quadrimestre.	Comissão, Direção Médica	Registrar progresso e novas recomendações de adequação.
Mês 9	Auditoria de Legibilidade e Identificação Profissional	Avaliação específica da clareza, assinatura e carimbo de profissionais nos registros.	Comissão, Qualidade	Garantir rastreabilidade e validade jurídica da informação.
Mês 9	Capacitação sobre LGPD e Ética no Registro Clínico	Treinamento sobre sigilo e proteção de dados sensíveis nos prontuários.	Comissão, Jurídico, RH	Evitar exposições indevidas e garantir conformidade legal.
Mês 10	Auditoria Integrada com CCIH e NSP	Revisão conjunta para correlacionar registros de infecção, eventos adversos e planos de cuidado.	Comissão, CCIH, NSP	Fortalecer a coerência entre segurança do paciente e documentação.
Mês 10	Plano de Ação para Redução de	Elaboração de ações corretivas a partir das	Comissão, Direção Médica	Implementar melhorias de alto

	Não Conformidades	auditorias acumuladas.		impacto nos registros.
Mês 11	Capacitação sobre Comunicação Clínica Eficaz	Oficina sobre registro objetivo, claro e baseado em evidências.	Comissão, NEP	Aprimorar a qualidade narrativa e técnica dos registros.
Mês 11	Auditoria Especial de Prontuários Pediátricos	Foco na conformidade dos registros da linha materno-infantil e pediátrica.	Comissão, Pediatria	Fortalecer a segurança e qualidade assistencial infantil.
Mês 12	Relatório Quadrimestral III (Encerramento Anual)	Consolidação das ações e resultados do ciclo anual, com indicadores e recomendações.	Comissão, Direção Médica	Avaliar desempenho global e planejar ciclo seguinte.
Mês 12	Reunião de Encerramento e Reconhecimento Institucional	Apresentação dos resultados à direção e reconhecimento das equipes com melhor desempenho.	Comissão, RH, Direção Médica	Valorizar o trabalho e fomentar cultura de qualidade documental.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 08 outubro 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ). Parecer nº 737/2001. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/pareceres/737>. Acesso em: 08 outubro 2025.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. *RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Dispõe sobre ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM nº 1.638/2002*. Normas sobre prontuários e registros médicos.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução nº 564/2017*. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)** – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Boas Práticas de Prontuário do Paciente*. Brasília: MS, 2019.

2.1.4. Comissão de Verificação de Óbitos (CVO)

Nome: Comissão de Verificação de Óbitos

A Comissão de Verificação de Óbitos Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por analisar e investigar os óbitos ocorridos na unidade hospitalar. Sua atuação visa aprimorar a qualidade assistencial, identificar fatores de risco e propor melhorias nos processos de atendimento, garantindo conformidade com normas institucionais e regulatórias, além de contribuir para a segurança do paciente e a humanização do cuidado.

Membros Componentes:

A Comissão será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar na análise dos óbitos. A composição mínima incluirá:

- Médico Representante da Direção Técnica
- Médico Auditor
- Enfermeiro Representante da Assistência
- Representante do Núcleo de Segurança do Paciente
- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Assistente Social
- Profissional Administrativo (para suporte documental e registros)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A Comissão de Verificação de Óbitos terá como principal objetivo avaliar, investigar e propor melhorias relacionadas aos óbitos ocorridos na instituição, assegurando a qualidade da assistência e o cumprimento das diretrizes legais e éticas.

- Estabelecer protocolos padronizados para análise e revisão de óbitos hospitalares.
- Realizar auditorias periódicas para avaliar fatores que contribuíram para os óbitos.
- Identificar eventos adversos e sugerir medidas corretivas e preventivas.
- Integrar-se com equipes multiprofissionais para aprimorar práticas assistenciais e reduzir a mortalidade evitável.
- Criar indicadores para monitoramento e avaliação da assistência prestada aos pacientes críticos.
- Desenvolver estratégias de capacitação para os profissionais da unidade, focando na melhoria contínua do cuidado.
- Garantir conformidade com as normas e diretrizes do Ministério da Saúde e outras entidades reguladoras.
- Promover reuniões interdisciplinares para discussão de casos críticos e disseminação de boas práticas.
- Estruturar um fluxo eficiente de comunicação com outras comissões hospitalares para aperfeiçoamento da assistência.
- Elaborar relatórios periódicos para encaminhamento à Direção Técnica e instâncias superiores.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente da Comissão ou pela Direção Técnica sempre que necessário.
- Os encontros terão pauta definida previamente e serão registrados em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Médica

- A Direção Médica será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a implementação das recomendações da Comissão.

- Todos os relatórios e pareceres técnicos elaborados serão encaminhados à Direção Médica para análise e deliberação.
- A Comissão deverá apresentar relatórios trimestrais, contendo indicadores, análises de casos e propostas de melhorias para otimização da assistência.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Verificação de Óbitos, vinculada à Direção Médica da instituição.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo e deliberativo, com a finalidade de avaliar a assistência prestada aos pacientes, identificar fatores de risco e propor ações de melhoria para a redução de óbitos evitáveis.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por profissionais de diversas áreas conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Médica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- I. Revisar e analisar todos os óbitos ocorridos na instituição;
- II. Avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes;
- III. Identificar eventos adversos que possam ter contribuído para o óbito;
- IV. Desenvolver medidas preventivas para reduzir a mortalidade evitável;
- V. Criar indicadores de desempenho assistencial para monitoramento da qualidade do cuidado;
- VI. Elaborar pareceres técnicos e relatórios para a Direção Médica;
- VII. Integrar-se com outras comissões hospitalares para promover a segurança do paciente;
- VIII. Realizar reuniões periódicas para apresentação de análises e estudos de casos;
- IX. Propor capacitações para os profissionais da unidade, visando à melhoria contínua da assistência;
- X. Assegurar a confidencialidade e ética na revisão dos óbitos.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Presidente da Comissão terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Médica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Médica.

Cronograma de Implantação da Comissão

Período: 1º Ano de Contrato de Gestão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Formação e Posse da Comissão	Nomeação oficial dos membros, definição de papéis e apresentação do regimento interno e plano de trabalho.	Direção Médica, Coordenação da CVO	Instituir a Comissão e alinhar responsabilidades.
	Capacitação Inicial	Treinamento sobre legislação vigente (CFM, MS, RDC 36/2013) e metodologia de verificação e classificação de óbitos.	CVO, RH, Educação Permanente	Garantir a qualificação técnica dos membros.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 2	Elaboração dos Protocolos de Verificação de Óbito	Criação dos fluxos internos de comunicação, análise e registro de óbitos.	CVO, Direção Técnica	Padronizar o processo institucional de verificação.
	Análise Retrospectiva de Casos	Avaliação dos óbitos ocorridos nos últimos seis meses para mapeamento das principais causas e falhas sistêmicas.	CVO, Corpo Clínico	Identificar fatores de risco e causas recorrentes.
Mês 3	Implantação dos Indicadores de Mortalidade	Definição e aplicação de indicadores como: taxa de mortalidade institucional e evitável.	CVO, TI, Qualidade	Mensurar e monitorar a evolução dos resultados assistenciais.
	Primeira Reunião Interdisciplinar	Discussão multiprofissional de casos emblemáticos e definição de planos de ação corretiva.	CVO, Direção Médica	Integrar equipes e promover aprendizado institucional.
Mês 4	Auditoria Estruturada de Óbitos Recentes	Análise completa dos óbitos do trimestre, com parecer técnico e discussão de	CVO, Núcleo de Qualidade	Qualificar a análise e propor melhorias.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		causas imediatas e básicas.		
	Relatório Quadrimestral I	Consolidação dos dados obtidos, apresentação de indicadores e recomendações à Direção Médica.	CVO	Avaliar o desempenho inicial e direcionar ações corretivas.
Mês 5	Capacitação sobre Comunicação de Óbito e Aspectos Éticos	Treinamento sobre o processo ético e humanizado de comunicação de óbito aos familiares.	CVO, NEP, Psicologia	Humanizar o cuidado e prevenir conflitos pós-óbito.
	Auditoria Focada em Setores Críticos	Revisão de óbitos em UTI, Emergência e Pediatria, com foco em causas evitáveis.	CVO, Direção Médica	Reduzir mortalidade em áreas de maior risco.
Mês 6	Revisão dos Protocolos Internos	Atualização das diretrizes de verificação conforme achados das auditorias anteriores.	CVO, Direção Técnica	Assegurar a melhoria contínua dos processos.
	Capacitação Multiprofissional em Prevenção	Oficina com equipes de enfermagem, fisioterapia e corpo clínico.	CVO, NEP, NSP	Disseminar boas práticas de prevenção de falhas assistenciais.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	de Óbitos Evitáveis			
Mês 7	Integração com Outras Comissões	Reunião conjunta com CCIH, NSP, Ética Médica e Revisão de Prontuários para alinhamento de dados e ações.	CVO, Direção Técnica	Promover abordagem integrada da segurança e qualidade.
	Análise de Casos Críticos e Sistêmicos	Revisão detalhada de casos complexos com discussão multiprofissional.	CVO, Corpo Clínico	Aprimorar a qualidade do cuidado e aprendizado coletivo.
Mês 8	Relatório Quadrimestral II	Emissão de relatório consolidado com indicadores e recomendações de melhoria.	CVO, Direção Médica	Garantir a transparência e rastreabilidade das ações.
	Campanha “Aprender com os Óbitos”	Ação institucional voltada à reflexão sobre lições aprendidas e cultura não punitiva.	CVO, Comunicação Interna	Fortalecer a cultura de segurança e aprendizado.
Mês 9	Auditoria Comparativa e Avaliação de Impacto	Comparação dos indicadores de mortalidade e análise de eficácia	CVO, TI, Qualidade	Mensurar impacto das ações corretivas e preventivas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		das medidas implementadas.		
	Capacitação sobre Preenchimento da Declaração de Óbito (DO)	Oficina prática conforme orientações do Ministério da Saúde.	CVO, Núcleo de Ensino	Garantir preenchimento adequado e sem inconsistências.
Mês 10	Auditoria Integrada CVO-CCIH-NSP	Revisão conjunta dos casos de óbito por sepse, pneumonia e outras causas infecciosas.	CVO, CCIH, NSP	Aumentar a precisão das análises e propostas de prevenção.
	Reunião de Feedback com Setores Clínicos	Apresentação dos resultados das auditorias e devolutiva para lideranças.	CVO, Direção Técnica	Promover engajamento e corresponsabilidade.
Mês 11	Planejamento Estratégico 2026	Elaboração do plano de ação do ciclo seguinte com base nos resultados obtidos.	CVO, Direção Médica	Consolidar boas práticas e sustentabilidade das ações.
	Auditoria Focada em Mortalidade Evitável	Reavaliação dos casos classificados como evitáveis nos ciclos anteriores.	CVO, Qualidade	Avaliar impacto real das medidas preventivas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 12	Relatório Quadrimestral III (Encerramento Anual)	Elaboração de relatório final consolidando o ciclo anual da CVO.	CVO, Direção Médica	Encerrar o ciclo e propor melhorias institucionais.
	Reunião de Encerramento e Reconhecimento	Apresentação dos resultados anuais à Direção e reconhecimento das equipes envolvidas.	CVO, RH, Direção Técnica	Valorizar boas práticas e fortalecer o compromisso institucional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Investigação de Óbitos no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/obitos>. Acesso em: 08 outubro 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1.658/2002*. Estabelece diretrizes para revisão de óbitos em instituições de saúde. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/resolucoes/1658>. Acesso em: 08 outubro 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Manual de Verificação de Óbito*. Brasília: MS, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005*. Dispõe sobre os Serviços e Comissões de Verificação de Óbito.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. *RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Dispõe sobre ações para a segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.

2.1.5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

Nome: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão que visa promover a segurança e a saúde dos trabalhadores, prevenindo acidentes e doenças ocupacionais. A CIPA atua no planejamento, implementação e monitoramento de ações de prevenção, buscando um ambiente de trabalho seguro e saudável, em conformidade com as normas regulamentadoras de segurança do trabalho.

Membros Componentes:

A **CIPA** será composta por representantes de diferentes setores do hospital, conforme a legislação vigente. A composição mínima incluirá:

- **Presidente:** Representante dos trabalhadores, escolhido entre os membros eleitos.
- **Vice-Presidente:** Representante da **Direção Técnica** ou designado pela administração.
- **Membros Eleitos:** Funcionários de diversas categorias profissionais, representantes dos trabalhadores.
- **Membros Nomeados:** Profissionais indicados pela administração, garantindo a representação dos diversos setores da instituição.

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A **CIPA** terá como principal objetivo promover a prevenção de acidentes e a saúde dos trabalhadores, garantindo um ambiente seguro e em conformidade com as normas de segurança do trabalho.

- Identificar e analisar os riscos potenciais no ambiente de trabalho.
- Elaborar e implementar medidas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.
- Promover campanhas educativas sobre segurança no trabalho e saúde ocupacional.
- Realizar inspeções periódicas nos ambientes de trabalho.
- Propor melhorias nas condições de trabalho e no atendimento às normas de segurança.
- Colaborar com a gestão na investigação de acidentes e incidentes.
- Elaborar e apresentar relatórios mensais sobre a situação das condições de trabalho e propostas de melhoria.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **CIPA** ocorrerão mensalmente.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Presidente** ou pela **Direção Técnica** em casos emergenciais, como acidentes de trabalho graves.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Técnica

- A **Direção Técnica** será responsável por supervisionar as ações recomendadas pela **CIPA**, garantindo a implementação das melhorias propostas.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados pela Comissão serão encaminhados à **Direção Técnica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores quando necessário.
- A **CIPA** deverá apresentar relatórios mensais, contendo dados sobre acidentes, análise de riscos e propostas de intervenções para prevenção.

Proposta de Regimento da Comissão

I - OBJETIVO

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio - CIPA é regida pela Lei nº 6.514 de 22/12/77, Capítulo V do título II da CLT, e regulamentada pela Norma Regulamentadora nº. 05 do Ministério do Trabalho e foi aprovada pela Portaria nº 3.214 de 08/06/78. Em 21 de setembro de 2022 foi promulgada a Lei nº. 14.457, de 21 de setembro de 2022 - Programa Emprega + Mulheres. Que entrou em vigor 21/03/2023 cabe ressaltar que esta nova legislação alterou o nome da CIPA para Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio.

II - DEFINIÇÕES E SIGLAS

NR – Norma Regulamentadora

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

SESMT – Serviço em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

III - ABRANGÊNCIA

Todas as unidades do Instituto Social Mais Saúde que possuem CIPA.

IV - PROCEDIMENTO

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º As organizações que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, devem constituir e manter CIPA.

§ 1º Esta será constituída por estabelecimento e composta de representantes da organização e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR-05, ressalvadas as disposições para setores econômicos específicos.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) terá como natureza, membros e finalidade:

- 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.
- 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;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- 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;
- 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;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- 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;

- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PGR e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- 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;
- 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;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;
- A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.
- 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, número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na legislação, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

TÍTULO I - PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNO

Definição

Art. 3º A Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA é definida como instrumento que atuará conjuntamente com os órgãos da esfera Federal, Estadual, Municipal, Autarquias, Comissões e outros dispositivos internos ou externos na promoção da melhoria das condições

de saúde, qualidade de vida, humanização, trabalho e integração das políticas prevencionistas a serem estabelecidas e implantadas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, com formação bipartite e paritária.

TÍTULO II – OBJETIVOS

- Vistoriar e acompanhar as condições ambientais e do trabalho, propondo e contribuindo para a implantação de medidas de prevenção de acidentes e doenças laborais, visando a eliminação dos riscos e a promoção da saúde;
- Investigar a ocorrência de acidentes e de doenças, encaminhando o resultado das discussões ao Serviço Técnico Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), ao representante da administração e aos trabalhadores interessados, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando os demais trabalhadores quanto à sua prevenção;
- Propor e acompanhar a implantação de medidas de prevenção e de promoção de saúde, bem como divulgar e orientar os trabalhadores sobre as normas de segurança e saúde do trabalhador;
- Propor, acompanhar e realizar estudos e discussões com os trabalhadores, para conscientização sobre a melhoria das condições de trabalho e de medidas que visem a eliminação e prevenção de fatores que representem risco de acidentes, incidentes e doenças.

TÍTULO III – ATRIBUIÇÕES

Art. 4º Compete a CIPA:

- Elaborar Mapa de Riscos com o maior número possível de trabalhadores, com assessoria do SESMT, CCIH, ou outro órgão qualquer destinado à preservação da saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva, a promoção de saúde e segurança, elencando medidas prioritárias que serão objeto de negociação para implementação junto à Administração;
- Realizar, periodicamente, inspeções nos ambientes de trabalho, analisando as condições dos mesmos, visando a identificação de situações que trazem riscos para a segurança e a saúde do servidor, informando-os dos riscos encontrados, além de notificar o SESMT e a Administração;

- Propor, realizar e/ou auxiliar na realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, julgadas necessárias por iniciativa própria ou por sugestões dos trabalhadores, encaminhando-os ao SESMT e aos representantes da Administração;
- Promover pelo menos mensalmente, reuniões dos membros da CIPA para avaliar e planejar o trabalho de prevenção de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho;
- Auxiliar a Área Técnica especializada e a Administração na capacitação do conjunto dos funcionários quanto aos riscos relacionados ao trabalho;
- Por ocasião da investigação dos acidentes (inclusive os de trajeto) e doenças relacionadas com o trabalho, convocar os trabalhadores para tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores. As investigações deverão analisar as causas dos acidentes/doenças e indicar medidas corretivas e de prevenção de ocorrências;
- Participar da elaboração, tal como contribuir com o desenvolvimento e implementação do Programa de Controle de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), assim como outros programas relacionados a saúde e segurança do trabalhador;
- Contribuir com a realização de estudos epidemiológicos, no diagnóstico dos problemas de saúde e na elaboração de ações de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores;
- Acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuado por instituições da área de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados ou laudos periciais;
- Fiscalizar e discutir as formas de organização do trabalho, visando garantir a saúde, a segurança dos trabalhadores e a qualidade do meio ambiente;
- Requerer ao SESMT ou diretamente à Administração o embargo ou a recusa de ambientes ou processos de trabalho e/ou equipamentos, que apresentem riscos grave e iminente a segurança e saúde dos trabalhadores, nos termos previstos pela Norma Regulamentadora nº. 5, subitem 5.16 alínea h da Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 3.214 de 08 de junho de 1.978 e suas alterações, observando:

- Considera-se risco grave e iminente toda condição ambiental, de trabalho que possa causar acidente ou doença ao profissional, resultando lesão a saúde ou integridade física ou psíquica do trabalhador;
- O trabalhador na constatação de risco grave e iminente na execução de seu trabalho, deverá encaminhar denúncia por escrito, através de Requerimento Digital, E-mail, Escrito a próprio punho à CIPA, para que a mesma tome as medidas cabíveis;
- Afixar nos quadros de aviso dos órgãos municipais, as atas de reuniões da CIPA, além de todo e qualquer documento ou informações relacionadas às condições de trabalho e meio ambiente;
- Realizar anualmente a SIPAT- Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalhador na unidade de trabalho, com a participação dos membros da CIPA, observando:
- A SIPAT, em sua programação, deverá difundir o trabalho da CIPA, desenvolvendo um conjunto de atividades de promoção da saúde do trabalhador, abordando temas e riscos, relativos a saúde, ao interesse de todos.
- A SIPAT deverá ser realizada dentro do horário normal de expediente dos trabalhadores.
- A CIPA deverá garantir a emissão e requisitar a cópia das (CAT's) Comunicações de Acidentes de Trabalho, na eminência de ocorrência destes.
- Ainda dentro de suas atribuições, a CIPA deverá, junto a Coordenadoria Executiva de Recursos Humanos, acompanhar mensalmente o número de faltas, atestado médicos, licenças, férias, assim como investigar perante os documentos, o motivo real da abstinência no trabalho, e, criar medidas para mudar o contexto se necessárias. Será designado mensalmente um ou mais membros desta comissão para coleta de dados.

Para a implementação dos objetivos e atribuições constantes neste Regimento Interno, a CIPA poderá contar com a assessoria do SESMT e de instituições especializadas na área de saúde do trabalhador, em comum acordo com a Administração.

- 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.
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.

- Participar, juntamente com o SESMT, em qualquer local e/ou situação, das discussões promovidas pela Administração, para avaliação do impacto nas alterações do ambiente, no processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordo e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Requisitar à Administração e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.

TÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CIPA

Art. 5º - Processo Eleitoral

§ 1º 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. A organização deve comunicar, com antecedência, podendo ser por meio eletrônico, com confirmação de entrega, o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria preponderante.

§ 2º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros a comissão eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

§ 3º O processo eleitoral deve observar as seguintes condições:

- I. Publicação e divulgação de edital de convocação da eleição e abertura de prazos para inscrição de candidatos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;
- II. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias corridos;
- III. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante em meio físico ou eletrônico;
- IV. Garantia de emprego até a eleição para todos os empregados inscritos;
- V. Publicação e divulgação da relação dos empregados inscritos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;
- VI. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VII. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados do estabelecimento;

VIII. Voto secreto;

IX. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante da organização e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral, facultado o acompanhamento dos candidatos; e

X. Organização da eleição por meio de processo que garanta tanto a segurança do sistema como a confidencialidade e a precisão do registro dos votos.

XI. Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados no dia anterior, a qual será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos empregados.

XII. Constatada a participação inferior a um terço dos empregados no segundo dia de votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados nos dias anteriores, a qual será considerada válida com a participação de qualquer número de empregados.

XIII. Assumirão a condição de membros titulares e suplentes os candidatos mais votados. Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

XIV. 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.

Art. 6º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

§ 1º O texto é o contido no Artigo 10º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que tem seu entendimento explicitado em várias decisões judiciais, especialmente no Enunciado TST nº 393. Conforme a jurisprudência, têm garantia de emprego os titulares e os suplentes eleitos. Caso desejar sair da organização, o empregado deverá primeiramente solicitar por escrito sua renúncia ao mandato da CIPA ou ao direito da garantia de emprego, quando o mandato já houver encerrado. A organização deverá enviar correspondência ao MTE, comunicando o fato e a substituição do membro da CIPA pelo suplente. A organização poderá efetivar o acordo junto ao sindicato da categoria. O número de suplentes, constante no Quadro I, deve ser mantido com a nomeação do próximo candidato mais votado, conforme a ata de eleição.

§ 2º O término do contrato de trabalho por prazo determinado não caracteriza dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA.

Art. 7º A CIPA irá se reunir ordinariamente uma vez ao mês, conforme cronograma de reuniões anuais, e extraordinariamente quando ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal e/ou houver solicitação de uma das representações.

§ 1º As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas na organização, preferencialmente de forma presencial, podendo a participação ocorrer de forma remota.

§ 2º Entende-se como expediente normal da organização aquele em que trabalham o maior número de empregados do estabelecimento. Caso a reunião ocorra fora do horário de trabalho do empregado membro da CIPA, o tempo da reunião deve ser considerado como de trabalho efetivo.

Art. 8º A sequência de atividades nas reuniões da CIPA

§ 1º Verificação da presença do Presidente e demais membros da comissão;

§ 2º Leitura da Ata da reunião anterior;

§ 3º Leitura, pelo Presidente, dos informes e desenvolvimento da pauta da reunião;

§ 4º Leitura, discussão e votação dos pareceres;

§ 5º Palavra aos membros da comissão;

§ 6º Organização da pauta da próxima reunião;

§ 7º Distribuição de tarefa aos membros.

§ 8º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CIPA, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida nesse artigo.

§ 9º Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de consultas a outras ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

§ 10º Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 11º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 9º A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria, lista de presença.

§ 1º Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

§ 2º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes.

§ 3º As atas das reuniões devem ser disponibilizadas a todos os integrantes da CIPA, podendo ser por meio eletrônico.

Art. 10º O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

§ 1º Dos atestados médicos, deverão ser entregues ao Presidente da CIPA, cópia, até 48 horas a contar da data da reunião, tanto ordinária como extraordinária.

§ 2º Das justificativas de falta, que não atestados médicos, deverão ser entregues ao Presidente da CIPA, com assinatura de seu superior imediato, até 48 horas a contar da data da reunião, tanto ordinária como extraordinária, totalizando até 02 justificativas (no caso de reuniões ordinárias anuais).

§ 3º Serão tolerados 10 minutos de atraso da hora marcado para início da reunião, de 10 a 30 minutos faz-se necessário a apresentação de justificativa e a partir dos 30 minutos será considerado faltoso.

§ 4º A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

TÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 11º A CIPA tem por atribuição

§ 1º Acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos bem como a adoção de medidas de prevenção implementadas pela organização.

§ 2º Registrar a percepção dos riscos dos trabalhadores, em conformidade com o subitem 1.5.3.3 da NR-01, por meio do mapa de risco ou outra técnica ou ferramenta apropriada à sua escolha, sem ordem de preferência, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, onde houver.

§ 3º Verificar os ambientes e as condições de trabalho visando identificar situações que possam trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores.

§ 4º Elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva em segurança e saúde no trabalho.

§ 5º Participar no desenvolvimento e implementação de programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.

§ 6º Acompanhar a análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, nos termos da NR-1 e propor, quando for o caso, medidas para a solução dos problemas identificados.

§ 7º Requisitar à organização as informações sobre questões relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo as Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT emitidas pela organização, resguardados o sigilo médico e as informações pessoais.

§ 8º Propor ao SESMT, quando houver, ou à organização, a análise das condições ou situações de trabalho nas quais considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores e, se for o caso, a interrupção das atividades até a adoção das medidas corretivas e de controle.

§ 9º Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT, conforme programação definida pela CIPA. e

§ 10º Incluir temas referentes à prevenção e ao combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho nas suas atividades e práticas.

Art. 12º Plano de Ação

§ 1º Estabelecer diretrizes para desenvolvimento da prevenção de acidentes, doenças relacionadas ao trabalho e assédios no ISMS, bem como acompanhamento de estratégias de atuação.

§ 2º Supervisionar nas unidades de saúde as condições de trabalho e Equipamentos de Proteção Individual - EPIs utilizados.

§ 3º O Plano de Trabalho da CIPA deverá estar em sintonia com os programas de prevenção adotados pela organização, Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO e Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR.

Art. 13º - Cabe à organização

§ 1º Proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes no plano de trabalho;

§ 2º Permitir a colaboração dos trabalhadores nas ações da CIPA; e

§ 3º - Fornecer à CIPA, quando requisitadas, as informações relacionadas às suas atribuições.

§ 4º - Cabe aos trabalhadores indicar à CIPA, ao SESMT e à organização situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

Art 14º - Cabe ao Presidente da CIPA

§ 1º Convocar os membros para as reuniões; e:

§ 2º Coordenar as reuniões, encaminhando à organização e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.

Art 15º - Cabe ao Vice-Presidente

§ 1º Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art 16º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições de

§ 1º Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados; e

§ 2º Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art 17º A organização deve promover treinamento para o representante nomeado da NR-5 e para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

§ 1º O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da posse.

§ 2º O treinamento deve contemplar, no mínimo, os seguintes itens

- I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo.
- II. Noções sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho decorrentes das condições de trabalho e da exposição aos riscos existentes no estabelecimento e suas medidas de prevenção.
- III. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- IV. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de prevenção dos riscos.
- V. Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho.
- VI. Noções sobre a inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados nos processos de trabalho.

VII. Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. e

VIII. Prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho.

§ 3º - O treinamento realizado há menos de 2 (dois) anos contados da conclusão do curso pode ser aproveitado na mesma organização, observado o estabelecido na NR-1.

§ 4º - O treinamento deve ter carga horária mínima de:

- I. 8 (oito) horas para estabelecimentos de grau de risco 1;
- II. 12 (doze) horas para estabelecimentos de grau de risco 2;
- III. 16 (dezesesseis) horas para estabelecimentos de grau de risco 3; e
- IV. 20 (vinte) horas para estabelecimentos de grau de risco 4.

§ 5º carga horária do treinamento deve ser distribuída em no máximo 8 (oito) horas diárias.

§ 6º Para a modalidade presencial deve ser observada a seguinte carga horária mínima do treinamento:

- I. 4 (quatro) horas para estabelecimentos de grau de risco 2; e
- II. 8 (oito) horas para estabelecimentos de grau de risco 3 e 4.

§ 7º O integrante do setor SESMT fica dispensado do treinamento da CIPA.

TÍTULO VI - DA CIPA DAS ORGANIZAÇÕES CONTRATADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Art. 18º - A organização de prestação de serviços deve constituir CIPA centralizada quando o número total de seus empregados na Unidade da Federação se enquadrar no Quadro I desta NR.

§ 1º Quando a organização contratada para prestação de serviços a terceiros exercer suas atividades em estabelecimento de contratante enquadrado em grau de riscos 3 ou 4 e o número total de seus empregados no estabelecimento da contratante se enquadrar no Quadro I desta NR, deve constituir CIPA própria neste estabelecimento, considerando o grau de risco da contratante.

§ 2º A organização contratada para prestação de serviços, quando desobrigada de constituir CIPA própria, deve nomear um representante da NR-5 para cumprir os objetivos desta NR se possuir 5 (cinco) ou mais empregados no estabelecimento da contratante.

§ 3º A organização contratada para a prestação de serviços deve garantir que a CIPA centralizada mantenha interação entre os estabelecimentos nos quais possua empregados.

§ 4º O representante nomeado da NR-05 das organizações contratadas para a prestação de serviço deve participar de treinamento de acordo com o grau de risco da contratante.

§ 5º A organização contratante deve exigir da organização prestadora de serviços a nomeação do representante da NR-05.

§ 6º A contratante deve convidar a contratada para participar da reunião da CIPA da contratante, com a finalidade de integrar as ações de prevenção, sempre que as organizações atuarem em um mesmo estabelecimento.

§ 7º A contratada deve indicar um representante da CIPA ou o representante nomeado da NR05 para participar da reunião da CIPA da contratante.

TÍTULO VII - DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art. 19º - Toda a documentação referente à CIPA deve ser mantida no estabelecimento à disposição da inspeção do trabalho pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos.

Art. 20º Os casos omissos e as dúvidas que surgirem na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo conjunto dos componentes da CIPA, por consenso ou pela maioria simples.

Art. 21º O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante a aprovação por 2/3 dos componentes da CIPA.

Art. 22º Após os trâmites de apreciação e aprovação, o Regimento Interno entrará em vigor.

Cronograma de Implantação da Comissão

Plano de Ação de Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio-CIPA

Período: 1º ano do Contrato

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
01	Posse da Gestão	Cumprimento da legislação vigente	Reunião	Direção	Mês 1

02	Elaboração do Regimento Interno	Cumprimento da legislação vigente	Reunião	Membros da CIPA	Mês 2
03	Elaboração dos Mapas de Risco	Cumprimento da legislação vigente	Inspeção nos setores	Membros da CIPA	Mês 3
04	Inspeções Setoriais	Prevenção Riscos Ambientais	Inspeção nos setores	Membros da CIPA	Mês 4
05	Orientação sobre Assédio	Orientar os colaboradores sobre assédio	Palestra	Palestrante convidado	Mês 5
06	Orientação para Prevenção de Acidentes	Orientar os colaboradores sobre a prevenção de acidentes	Palestra	SESMT e Membros da CIPA	Mês 6
07	SIPAT	Cumprimento legislação vigente	Palestras e Ações	Membros da CIPA	Mês 7
08	Ação sobre prevenção das IST/AIDS	Orientar os colaboradores	Orientação	SESMT e Membros CIPA	Mês 8
09	Inspeções Setoriais	Prevenção Riscos Ambientais	Inspeção nos setores	Membros da CIPA	Mês 9
10	Palestra sobre Doenças relacionadas ao Trabalho	Orientar os colaboradores	Palestra	Profissional	Mês 10
11	Processo Eleitoral	Cumprimento legislação vigente	Eleição	Membros da CIPA	Mês 11

12	Inspeções Setoriais	Prevenção Ambientais	Riscos	Inspeção nos setores	Membros da CIPA	Mês 12

Referências

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. NR 05 – **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2022.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras**. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/legislacao>. Acesso em: 08 outubro 2025.

2.1.6. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

Proposta de Implantação do SESMT

Estrutura do SESMT

A estrutura do SESMT será dimensionada conforme a Norma Regulamentadora 4 (NR-4) e o grau de risco da atividade principal do hospital, que se enquadra no **Grau de Risco 3**. A composição mínima da equipe será:

- **Supervisor SESMT** (em tempo integral)
- **1 Médico do Trabalho** (em regime de horas, conforme a NR-4).
- **1 Engenheiro de Segurança do Trabalho** (em regime de horas, conforme a NR-4).
- **3 Técnico em Segurança do Trabalho** (em tempo integral).
- **1 Auxiliar de Enfermagem do Trabalho** (em tempo integral).
- **1 Psicólogo do trabalho;**
- **4 Bombeiros civil.**

Fluxos de Atividades e Responsabilidades

Médico do Trabalho

- **Atividade:** Realização de exames médicos ocupacionais (admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais).

- **Fluxo:**
 1. Recebimento de solicitação de exame da área de Recursos Humanos (RH).
 2. Agendamento do exame com o colaborador.
 3. Realização da consulta médica e avaliação clínica.
 4. Emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e envio de uma cópia para o RH.
- **Atividade:** Elaboração e coordenação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).
- **Fluxo:**
 1. Análise dos riscos identificados no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR).
 2. Definição dos exames complementares necessários para cada função.
 3. Elaboração e revisão anual do PCMSO.

Engenheiro de Segurança do Trabalho

- **Atividade:** Elaboração e coordenação do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR).
- **Fluxo:**
 1. Mapeamento de todos os setores e funções do hospital.
 2. Identificação e análise dos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes.
 3. Elaboração do PGR com plano de ação para controle de riscos.
 4. Revisão periódica do programa.
- **Atividade:** Análise e investigação de acidentes de trabalho.
- **Fluxo:**
 1. Recebimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
 2. Investigação no local do acidente para identificar as causas.
 3. Elaboração do relatório de análise e proposição de medidas preventivas.

Técnico em Segurança do Trabalho

- **Atividade:** Implementação e acompanhamento das ações de segurança.
- **Fluxo:**
 1. Inspeções de segurança regulares nos setores.

2. Verificação da utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
 3. Orientação e treinamento dos colaboradores.
- **Atividade:** Organização e acompanhamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).
 - **Fluxo:**
 1. Organização do processo eleitoral da CIPA.
 2. Acompanhamento das reuniões mensais.
 3. Apoio na elaboração e execução do plano de trabalho.

Técnico de Enfermagem do Trabalho

- **Atividade:** Suporte na realização dos exames ocupacionais.
- **Fluxo:**
 1. Auxílio na coleta de dados e preparação do paciente para os exames.
 2. Organização e manutenção do arquivo de prontuários médicos.
- **Atividade:** Suporte em programas de promoção à saúde.
- **Fluxo:**
 1. Apoio na realização de campanhas de vacinação.
 2. Participação em ações de educação em saúde para os colaboradores.

Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes

A **Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes** do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) tem como propósito estabelecer os princípios e diretrizes que orientam a atuação do **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)**, conforme previsto na **Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4)**, que dispõe sobre a obrigatoriedade e composição do serviço. Fundamentada no compromisso institucional com a saúde ocupacional, esta política visa assegurar um ambiente de trabalho seguro, saudável e produtivo, prevenindo acidentes, doenças ocupacionais e promovendo o bem-estar físico e mental dos colaboradores. Em consonância com a **NR-9**, que trata do **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)**, e demais normas complementares, o ISMS reafirma sua responsabilidade social e legal, fortalecendo uma cultura organizacional pautada na responsabilidade, respeito e valorização da vida.

Segue a **POLÍTICA DE SEGURANÇA DO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES** descrita:

Objetivo

Garantir a saúde e a integridade física dos funcionários, estabelecer diretrizes claras para a prevenção de acidentes e a promoção da segurança no trabalho alinhado aos valores do Instituto Social Mais Saúde (ISMS).

Responsabilidades

Gestores: São responsáveis por garantir que as políticas de segurança sejam implementadas e seguidas em suas áreas de atuação.

Funcionários: Devem seguir as políticas de segurança, participar de treinamentos e reportar incidentes ou riscos identificados.

Equipe de Segurança: É responsável por monitorar e avaliar a segurança no trabalho, realizar treinamentos e investigar incidentes.

Diretrizes de Segurança

Identificação de Riscos: Realizar avaliações regulares para identificar potenciais riscos e perigos no ambiente de trabalho.

Treinamento e Capacitação: Oferecer treinamento e capacitação para os funcionários sobre procedimentos de segurança, uso de EPIs e resposta a emergências.

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): Garantir que os funcionários tenham acesso e usem EPIs adequados para as atividades que realizam.

Manutenção de Equipamentos: Realizar manutenção regular de equipamentos e máquinas para evitar acidentes.

Comunicação: Estabelecer canais de comunicação abertos para que os funcionários possam reportar incidentes e sugestões de melhoria.

Prevenção de Acidentes

Análise de Incidentes: Investigar incidentes e acidentes para identificar causas e implementar medidas preventivas.

Sinalização de Segurança: Utilizar sinalização adequada para alertar sobre perigos e riscos no ambiente de trabalho.

Plano de Emergência: Desenvolver e implementar um plano de emergência para lidar com situações de crise.

Simulados: Realizar simulados regularmente para garantir que os funcionários estejam preparados para responder a emergências.

Monitoramento e Avaliação

Auditorias: Realizar auditorias regulares para avaliar a conformidade com as políticas de segurança.

Indicadores de Desempenho: Monitorar indicadores de desempenho relacionados à segurança para identificar áreas de melhoria.

Vigência

Esta política entra em vigor a partir de sua aprovação e substitui todos os normativos, regulamentos e manuais elaborados anteriormente sobre assuntos iguais ou similares.

Histórico de Revisões

Revisão e Atualização: Esta política será revisada e atualizada regularmente para garantir que permaneça eficaz e relevante.

Treinamento e Conscientização: Todos os funcionários receberão treinamento e conscientização sobre esta política.

Quadro de Gestão Documental da Política

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data	Data revisão:
Gerente Administrativo Recursos Humanos	Diretoria Administrativa Financeira Gerente de Qualidade	Conselho de Administração	elaboração: 17/02/2024	17/02/2026

Proposta de Regimento da Comissão

I - OBJETIVO

Verificar o cumprimento das normas regulamentadoras de segurança do trabalho nas empresas terceirizadas e manutenção interna, através do acompanhamento de atividades diversas e específicas.

II - DEFINIÇÕES E SIGLAS

SESMT – Serviço especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

CI – Comunicado interno

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

NR – Norma Regulamentadora

III - ABRANGÊNCIA

Todos os colaboradores do ISMS

IV - PROCEDIMENTO

Solicitações do acompanhamento SESMT

O encarregado/gestor do setor de manutenção predial deve comunicar previamente via e-mail e/ou Comunicado interno (CI) ao SESMT sobre os serviços, obras e reformas de curto, médio e longo prazo a serem realizados, para as devidas providências, com até 72h de antecedência. Deve conter nesse comunicado, o tipo de prestação de serviço a ser realizado, se terceirizado ou interno, antes do início da atividade, objetivando reunião entre as partes para discussão dos procedimentos de segurança do colaborador e os riscos inerentes à infecção hospitalar das atividades.

Nota 1: As atividades de serviços internos devem seguir somente o fluxo de comunicação via Sistema (solicitação de acompanhamento de atividades de risco), que o técnico de segurança deve aceitar e incluir no campo execução o responsável pela mesma, as formas de execução seguras, para após isso, verificar no sistema. Em caso de urgência o SESMT deve aceitar comunicado via rádio ou telefone para acompanhamento e posteriormente o coordenador de manutenção deve formalizará.

As empresas terceirizadas devem ser obrigadas a apresentar ao SESMT as fichas de entrega de EPIs semestralmente, objetivando comprovar a entrega deles, constando nas mesmas: data de admissão funcional, função, assinatura do colaborador, CA, data de entrega, data de devolução e baixa dos EPIs.

Nota 2: Aos gestores e/ou coordenadores cuja atividade inclua o serviço de funcionários de empresas terceirizadas, cumpre observar o devido uso de EPIs pelos mesmos, se a atividade exigir seu uso, não permitindo qualquer atividade laboral sem eles. O fornecimento, pelo gestor e/ou coordenador, de qualquer EPI pode ser realizado, em caso de exceção, mediante a assinatura de recebimento do mesmo pelo funcionário e tal não conformidade comunicada ao SESMT.

Solicitações do acompanhamento SESMT e SCIH

As atividades de acompanhamento do SESMT e SCIH em conjunto devem ser solicitadas via sistema, para devido registro e controle. O setor de Manutenção e Engenharia deve registrar tal atividade como ocorrência (solicitação de acompanhamento de atividades de risco), pelo chamado de obras e serviços diretamente para o SESMT ou SCIH os quais devem direcionar a solicitação para acompanhamento de atividade.

Nota 3: Só devem ser comunicados para acompanhamento de serviço, obra e reforma que interrompam o fluxo normal de trabalho, a segurança do paciente e o trânsito de colaboradores, pacientes e acompanhantes.

Nota 4: Durante a execução dos serviços, obras e reformas, o local deve estar sinalizado com uma placa indicando a liberação da atividade durante toda sua duração. Com assinatura de membros do SESMT E SCIH.

Nota 5: Todas as obras e reformas terão o cumprimento do MI.ISMS.SCIH.002 - Recomendações para Prevenção de Riscos inerentes a Obras e Reformas, que será fiscalizado pelo SESMT e SCIH.

Solicitações de documentos de empresas terceirizadas

O gestor/encarregado do setor de manutenção deve solicitar a documentação legal conforme as Normas de Segurança do Ministério do Trabalho (PGR, PCMSO, Cartão Vacinal, Termo de Responsabilidade de EPIs, ASO, se for necessário, apresentar Atestado de Sanidade Física e Mental) da empresa terceirizada e deve apresentar ao SESMT mediante protocolo de recebimento e anexados junto a uma CI, para avaliação e aprovação do engenheiro de segurança do trabalho e médica do trabalho.

Nota 6: Tal documentação só deve ser requisitada para empresas terceirizadas cujas atividades sejam de médio (60 até 120 dias) e longo prazo (acima de 120 dias). A falha no cumprimento do descrito acima implica no impedimento do início das atividades.

Após apresentação das documentações citadas no item I, o SESMT e SCIH devem realizar a Integração Institucional onde devem ser repassadas informações inerentes as Normas Internas, Norma Regulamentadora – 32, Normas Gerais de Segurança do Trabalho, Controle de Infecção Hospitalar, dentre outras. Todos os participantes devem assinar lista de presença (F.ISMS.111).

Trabalhos e serviços específicos

Todos os acompanhamentos devem ser registrados na planilha de monitoramento de atividades críticas (F.ISMS.1441).

Caso ocorra alguma não conformidade, deve ser registrada no F.ISMS.1022 - Relatório de Atividades do SESMT e posteriormente deve ser lançada (Não conformidades/inspeção SESMT) para as tratativas necessárias.

Trabalho em altura

O Técnico de Segurança deve supervisionar os procedimentos de segurança durante a execução do serviço registrando-os no Relatório de Atividades do SESMT (F.ISMS.1022). O técnico deve verificar o cumprimento da NR 35 e deve orientar quanto o uso de EPIs adequados e prevenção de acidentes liberando o serviço posteriormente.

Trabalho a quente

O Técnico de Segurança deve supervisionar os procedimentos de segurança durante a execução do serviço registrando-os no Relatório de Atividades do SESMT (F.ISMS.1022). O técnico deve verificar o cumprimento da NR 34, item 34.5 e NR 18, item 18.11.1 e deve orientar quanto o uso de EPIs adequados e prevenção de acidentes liberando o serviço posteriormente.

Espaço Confinado

O Técnico de Segurança deve supervisionar os procedimentos de segurança durante a execução do serviço registrando-os no Relatório de Atividades do SESMT, com cópia para SCIH. O técnico deve orientar quanto o uso de EPIs e prevenção de acidentes liberando o serviço posteriormente.

O SESMT deve cobrar do colaborador o uso dos EPIs: cinto de segurança ancorado em local seguro sempre que possível, óculos de segurança escuro, capacete com jugular aplicada e luva de algodão pigmentada.

A atividade deve ser realizada por no mínimo 3 pessoas do setor da manutenção, assim como a Permissão de Trabalho e certificados de treinamento em Espaço Confinado.

Eletricidade

O Técnico de Segurança deve supervisionar os procedimentos de segurança durante a execução do serviço registrando-os no Relatório de atividades do SESMT (F.ISMS.1022).

O técnico deve verificar o cumprimento da NR 10, e deve orientar quanto o uso de EPIs adequados e prevenção de acidentes liberando o serviço posteriormente.

A equipe da manutenção envolvida em serviços elétricos de baixa, média e alta tensão deve ser treinada sobre a NR 10. O treinamento de NR 10 não garante as qualidades de habilitado, capacitado ou autorizado para tal atividade de acordo com o item 10.8.1 a 10.8.8 da NR 10.

Conforme item 10.8.4 da NR 10, colaborador na condição de “autorizado”, deve realizar atividade somente se autorizado por escrito pelo coordenador do setor de manutenção e deve trabalhar sob supervisão de colaborador habilitado.

IV. Em setores onde há a possibilidade de desenergização local o serviço só deve ser liberado mediante desligamento do disjuntor e o cadeado de bloqueio com etiqueta deve ser colocado.

INSPEÇÕES DE SEGURANÇA DO TRABALHO

Inspecções setoriais

O SESMT deve realizar inspecções de segurança onde deve ser verificado o cumprimento da NR-32 e demais NRs pertinentes. As inspecções devem seguir cronograma interno mensal do SESMT, assim como devem ser fruto de observações e chamados eventuais no decorrer do horário de trabalho do técnico de segurança.

Nota 7: Todas as inspecções devem ser monitoradas via Diário de Inspeção de Segurança - F. ISMS.897.

As não conformidades encontradas no setor, na execução de atividades e cumprimento de normas de segurança pelo colaborador devem ser registradas em Formulário Notificação de Segurança – (FO. SESMT.031) e/ou Formulário de Relatório de Atividades do SESMT (F.ISMS.1022) e levadas aos gestores para tratativas e medidas disciplinares cabíveis, com registro (Inspeção SESMT).

Nota 8: Se for observado falha crítica no processo de execução de atividade, a mesma deve ser paralisada imediatamente, sendo a ocorrência levada diretamente ao gestor do setor e seu diretor para tratativas.

O Relatório de atividades do SESMT – (F. ISMS. 1022) e registro impresso (Não conformidades/inspeção SESMT), deve ser enviado à Diretoria DAF e demais Diretores e Gestores envolvidos, para ciência e tratativas sempre que necessário.

Para conclusão das ações colocadas no sistema (Não conformidades/inspeção SESMT) em decorrência das inspecções, o gestor do setor deve tomar as providências da ação/notificação e registrar a conclusão via sistema, posteriormente esta ação deve retornar ao Técnico de segurança responsável pelo acompanhamento, que deve verificar in loco a eficácia dela. Se a ação estiver sido concluída com sucesso, deve ser finalizada/verificada pelo técnico via sistema. Caso contrário à notificação deve ser classificada como não eficaz e deve retornar ao gestor para conclusão da ação, implicando em uma nova verificação por parte do técnico até que seja efetiva.

Inspeção dos extintores e hidrantes

As inspeções devem seguir o cronograma de inspeções mensal de extintores e hidrantes, disponível no SESMT, que deve ser feito até o décimo dia útil de cada mês.

Um checklist de acordo com NBR – 12962 deve ser colado nos extintores e hidrantes sendo preenchidos com as siglas: C (Conforme) NA (Não Aplicável) e NC (Não Conforme);

Para os procedimentos de recarga e devoluções, a data de vencimento registrada na planilha e no extintor deve ser utilizada como padrão para a solicitação de recarga e devoluções deles. As solicitações de compra para recarga devem ser feitas no mês anterior ao vencimento e deve ser entregue no setor Compras de acordo com cronograma de compras. As retiradas dos extintores devem ser realizadas no mesmo mês de vencimento. Os extintores devem ser retirados da área no dia da entrega para o fornecedor.

Os extintores devem ser recebidos do fornecedor e checados visualmente pelos Técnicos de Segurança da área operacional, em seguida devem ser colocados no depósito para posteriormente serem etiquetados com checklist de inspeção mensal. Posteriormente, devem ser distribuídos aos seus devidos locais;

As mesmas inspeções devem ser realizadas nos hidrantes. Os itens avaliados nas visitas de inspeção também devem estar de acordo com a NBR-13714, de acordo com esta NBR os testes das mangueiras devem ser feitos anualmente;

Nos casos de necessidade de manutenção dos hidrantes, OS – ordem de serviço deve ser aberta para o setor de manutenção solicitando as correções necessárias.

Após as inspeções realizadas, as informações sobre os equipamentos devem ser lançadas nas planilhas eletrônicas de controle.

DIÁLOGOS DE SEGURANÇA

Os diálogos de segurança devem ser realizados pelos técnicos de segurança de acordo com cronograma mensal do SESMT, elaborado com a participação dos gestores dos demais setores mensalmente.

ENTREGA DE EPI

Proceder conforme IT.ISMS.SESMT.009 – Entrega de EPIs, descrita a seguir:

Estabelecer diretrizes de ordem técnica e administrativa, que objetivam determinar procedimentos para avaliação, teste, aquisição, entrega e utilização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI. Orientar a todos os colaboradores sobre a obrigatoriedade, o uso correto, guarda e conservação, visando garantir a preservação da integridade física do colaborador, minimizando a exposição aos riscos gerados nos locais de trabalho.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

PGR; Ficha de Entrega de Equipamento de Proteção Individual.

SETORES RELACIONADOS

Todos os colaboradores que necessitem utilizar equipamento de proteção individual.

DEFINIÇÕES E SIGLAS

CA - Certificado de Aprovação;

CI - Comunicado Interno;

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

DS - Diálogo de Segurança;

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva;

ISMS - Instituto Social Mais Saúde;

NR - Norma Regulamentadora;

PGR - Programa de Gerenciamento de Riscos;

RH - Recursos Humanos;

SESMT - Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho;

SINMETRO - Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial.

DESCRIÇÃO

Considera-se Equipamento de Proteção Individual – EPI, todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, concebido e fabricado para oferecer proteção contra os riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho.

O EPI, de fabricação nacional ou importado, só pode ser posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação - CA, expedido pelo órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho.

Cabe esclarecer que fica permitido que o EPI possa ser utilizado caso o CA esteja vencido, desde que esteja dentro do prazo de validade do produto (informada pelo fabricante) e que o EPI tenha sido adquirido quando o CA estava válido, conforme disposto na Nota Técnica nº. 146/2015/CGNOR/DSST/SIT da Secretaria de Inspeção do Trabalho.

Observação: Quando comprovada pela organização a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva, ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação ou, ainda, em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas, obedecendo-se a seguinte hierarquia:

- a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho; e
- b) utilização de equipamento de proteção individual - EPI.

Cabe ao Empregador - ISMS

- a) adquirir somente o aprovado pelo órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho;
- b) orientar e treinar o empregado;
- c) fornecer ao empregado, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, observada a hierarquia das medidas de prevenção;
- d) registrar o seu fornecimento ao empregado, podendo ser adotados livros, fichas ou sistema eletrônico, inclusive, por sistema biométrico;
- e) exigir seu uso;
- f) responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica, quando aplicáveis esses procedimentos, em conformidade com as informações fornecidas pelo fabricante ou importador;
- g) substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado; e
- h) comunicar ao órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho qualquer irregularidade observada.

Cabe ao setor SESMT

- Selecionar os EPI, considerando:
 - a) a atividade exercida;
 - b) as medidas de prevenção em função dos perigos identificados e dos riscos ocupacionais avaliados;
 - c) o disposto no Anexo I da NR 6 – Lista de EPI;
 - d) a eficácia necessária para o controle da exposição ao risco;
 - e) as exigências estabelecidas em normas regulamentadoras e nos dispositivos legais;

f) a adequação do equipamento ao empregado e o conforto oferecido, segundo avaliação do conjunto de empregados; e

g) a compatibilidade, em casos que exijam a utilização simultânea de vários EPI, de maneira a assegurar as respectivas eficácias para proteção contra os riscos existentes.

A seleção do EPI deve ser realizada pela organização com a participação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, após ouvidos empregados usuários e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA.

- Quando do fornecimento de EPI, o setor SESMT deve assegurar a prestação de informações, observadas as recomendações do manual de instruções fornecidas pelo fabricante ou importador do EPI, em especial sobre:
 - descrição do equipamento e seus componentes;
 - risco ocupacional contra o qual o EPI oferece proteção;
 - restrições e limitações de proteção;
 - forma adequada de uso e ajuste;
 - manutenção e substituição; e
 - cuidados de limpeza, higienização, guarda e conservação.
- Registrar o seu fornecimento ao colaborador na Ficha de Entrega de EPI;
- Realizar treinamento acerca do EPI a ser fornecido.

Cabe ao Setor de Compras

- Adquirir somente os EPIs aprovados pelo setor SESMT.

Caso haja necessidade de adquirir um equipamento de proteção que não esteja cadastrado no sistema Tasy, o setor de Compras deve encaminhar ao setor SESMT, via e-mail, as especificações do produto informadas pelo fornecedor, bem como o número do CA para apreciação e aprovação do equipamento, visando garantir a integridade física do colaborador.

Cabe ao colaborador

- a) Usar o EPI fornecido pela organização;
- b) Utilizar apenas para a finalidade a que se destina;
- c) Responsabilizar-se pela limpeza, guarda e conservação;

- d) Comunicar ao gestor e/ou setor SESMT quando extraviado, danificado ou qualquer alteração que o torne impróprio para uso; e
- e) Cumprir as determinações da organização sobre o uso adequado.
- f) Solicitar EPI via sistema Tasy;
- g) Devolver o EPI quando ocorrer: A rescisão do contrato de trabalho, aposentadoria ou afastamento; dano no equipamento; e desgaste natural do material / equipamento;
- h) A recusa, por parte do colaborador, da utilização do EPI estabelecido pela Instituição, o sujeitará as sanções legais.

Cabe ao Gestor

Cabe ao gestor exigir, por parte de seus colaboradores, o uso dos EPIs estabelecidos para realizar a atividade.

Cabe ao Setor Almoxarifado

- Observar os prazos de validade dos EPIs;
- Armazenar os EPIs adequadamente conforme orientação do fabricante;
- Manter os EPIs em quantidade suficiente para atender as necessidades da Instituição.

Novo colaborador

- Até o dia 20 de cada mês, o setor de Gestão de Pessoas deve encaminhar via e-mail a previsão de admissão dos novos colaboradores e a necessidade de EPIs ao setor de suprimentos, o setor SESMT e gestores das áreas;
- O setor de Gestão de Pessoas deve encaminhar a relação com os nomes e data de admissão dos novos colaboradores aos gestores das áreas e ao SESMT;
- O gestor da área deve solicitar ao setor SESMT os EPIs necessários para o novo colaborador via Tasy, no prazo de 48 horas antes do início do novo colaborador;
- Cabe ao setor SESMT solicitar os EPIs ao setor Almoxarifado, via sistema Tasy;
- No dia da admissão do colaborador que fará uso de EPI durante a realização de suas atividades, o setor de RH deve encaminhá-lo ao setor SESMT para orientações e recebimento dos EPIs;
- O SESMT deve preencher a Ficha de entrega de EPI com os dados do colaborador, solicitar sua assinatura no ato da entrega dos EPIs e orientá-los sobre as práticas de segurança, ou seja, sobre o uso adequado, guarda e conservação dos equipamentos;

- A Ficha de Entrega de EPI deve ficar arquivada no setor SESMT em pasta específica e destinada somente para as fichas de EPI. Sendo preenchida pelo colaborador sempre que houver substituição de EPIs.

Substituição de EPIs

- O colaborador solicitará ao SESMT o EPI necessário, via Tasy, se possível antes do vencimento ou previsibilidade de troca.

Observação: Às quintas-feiras as solicitações de EPI ocorrem apenas para respirador PFF2 / N95 ou equivalente e capote para Covid-19.

- O setor SESMT deve fazer a aprovação da solicitação, via Tasy, conforme cronograma do setor de suprimentos;
- O setor Almoxarifado deve entregar a quantidade solicitada ao setor SESMT em até 24 horas;
- O colaborador deve retirar o EPI solicitado no setor SESMT, em até 48 horas, após a solicitação via Tasy.

Nos seguintes horários:

- 07h às 09h;
- 13h às 15h; e
- 18h às 20h.

Observação: Serão entregues EPIs, caso haja necessidade, fora dos horários estipulados acima.

Em caso de falha na retirada dos EPIs no prazo de 48 horas, os mesmos serão devolvidos ao Almoxarifado, por meio de CI de devolução.

Nos casos de desligamento, o Técnico de Segurança do setor SESMT deverá encaminhar, no prazo de 48 horas, a Ficha de Entrega de EPI ao Departamento de Gestão de Pessoas para arquivamento no prontuário do colaborador.

Após desligamento do colaborador, o gestor da área deve encaminhá-lo o ao setor SESMT para o descarte dos EPIs: bota de PVC, sapato de segurança, capacete, viseira, óculos entre outros equipamentos de proteção.

Observação:

Em relação aos EPI descartáveis, luvas de procedimentos, bem como outras barreiras de proteção, mas que não possuem CA, como máscara descartável, capote, avental e gorro ou

touca estes estão à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição, de acordo com a NR 32.

De acordo com a NR 6 no item: 6.5.1.2 Quando inviável o registro de fornecimento de EPI descartável e, cabe à organização garantir sua disponibilização, na embalagem original, em quantidade suficiente para cada trabalhador nos locais de trabalho, assegurando-se imediato fornecimento ou reposição. 6.5.1.2.1 Caso não seja mantida a embalagem original, deve-se disponibilizar no local de fornecimento as informações de identificação do produto, nome do fabricante ou importador, lote de fabricação, data de validade e CA do EPI.

Manual Institucional de Biossegurança – SESMT

O **Manual Institucional de Biossegurança – SESMT** tem como finalidade orientar e padronizar as práticas seguras no ambiente de trabalho, garantindo a proteção da saúde dos colaboradores, pacientes e comunidade, bem como a preservação do meio ambiente. Baseado nas legislações vigentes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, este manual estabelece princípios, responsabilidades e procedimentos para a prevenção de riscos biológicos, químicos e físicos. Sua aplicação integra-se à atuação do **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)**, promovendo uma cultura institucional de segurança, responsabilidade e sustentabilidade, em conformidade com os valores do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**. Segue descrito a seguir:

INTRODUÇÃO

Biossegurança é um conjunto de procedimentos, ações, técnicas, metodologias, equipamentos e dispositivos capazes de eliminar ou minimizar riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Enquanto instrumento de atualização e aperfeiçoamento, este Manual tem como principal desafio socializar informações técnico-científicas de biossegurança e permitir o treinamento dos profissionais de saúde de Unidades do ISMS, estabelecendo equipes integradas, sem exclusividade no domínio de determinadas tarefas, mas capazes de conhecerem e executarem rotinas padronizadas com a sequência de processos de biossegurança, cujo desempenho dependerá da eficácia na redução de riscos à saúde a todos os que direta ou indiretamente são agentes de sua atenção.

Considerando a disposição e interesse de nossos profissionais, e conscientes das limitações e dificuldades que estas mudanças impõem, nossa expectativa é de que possamos qualificar

nossa prática, agregando conhecimentos e potencializando nossa resolutividade nas questões relacionadas a condições de biossegurança no trabalho.

OBJETIVOS

- Minimizar o risco de acidentes e doenças ocupacionais envolvendo os trabalhadores da saúde das unidades do ISMS;
- Capacitar às equipes de trabalho quanto às medidas de biossegurança, conforme recomendações da legislação vigente;
- Padronizar e sistematizar o fluxo de atendimento nos casos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais;
- Esclarecer os princípios básicos de biossegurança no ambiente hospitalar, conforme legislação vigente.

TIPOS DE RISCO

De acordo com a Portaria do Ministério do Trabalho, MT Portaria nº. 6.730, de 9 março de 2020, aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais reconhecidamente, temos os riscos físico, químico e biológico.

Riscos Físicos

Qualquer forma de energia que, em função de sua natureza, intensidade e exposição, é capaz de causar lesão ou agravo à saúde do trabalhador. Exemplos: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e radiações não ionizantes.

Riscos Químicos

Substância química, por si só ou em misturas, quer seja em seu estado natural, quer seja produzida, utilizada ou gerada no processo de trabalho, que em função de sua natureza, concentração e exposição, é capaz de causar lesão ou agravo à saúde do trabalhador. Exemplos: fumos de cádmio, poeira mineral contendo sílica cristalina, vapores de tolueno, névoas de ácido sulfúrico.

Riscos Biológicos

Microrganismos, parasitas ou materiais originados de organismos que, em função de sua natureza e do tipo de exposição, são capazes de acarretar lesão ou agravo à saúde do trabalhador. Exemplos: bactéria *Bacillus anthracis*, vírus linfotrópico da célula T humana, príon agente de doença de Creutzfeldt-Jakob, fungo *Coccidioides immitis*.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS AGENTES BIOLÓGICO

Os agentes de risco biológico apresentam ordem crescente de risco, classificados segundo os seguintes critérios: Patogenicidade para o homem, virulência, modos de transmissão, disponibilidade de medidas eficazes, disponibilidade de tratamento eficaz, endemicidade.

- **Classe de risco 1:** Baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano.
- **Classe de risco 2:** Risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
- **Classe de risco 3:** Risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
- **Classe de risco 4:** Risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Tabela 01 - Representação resumida das classes de riscos 1 a 4 dos agentes biológicos em relação ao risco individual, coletivo e das condições terapêuticas.

CLASSE DE RISCO	RISCO INDIVIDUAL	RISCO À COLETIVIDADE	PROFILAXIA OU TERAPIA EFICAZ
1	BAIXO	BAIXO	EXISTE
2	MODERADO	BAIXO	EXISTE
3	ELEVADO	MODERADO	USUALMENTE EXISTE
4	ALTO	ALTO	AINDA NÃO EXISTE

Fonte: NR32

HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE DAS ÁREAS HOSPITALARES

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Contribui também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços

Categorias de higienização

Limpeza

É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual.

Desinfecção

É o processo de destruição de micro-organismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.

Descontaminação

É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, com auxílio de uma solução desinfetante, aplicada diretamente sobre o agente contaminante.

Tipos de Higiene Hospitalar

Higienização concorrente

A limpeza e desinfecção realizada diariamente, quando o paciente se encontra internado, incluindo pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de mobiliários, esvaziamento e troca de recipientes de Resíduos dos Serviços de Saúde - RSS e organização geral do ambiente. Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação.

Higienização terminal

É a limpeza e/ou desinfecção ambiental que abrange pisos, paredes, mobiliários, inclusive mesas de exames e colchões, janelas, vidros, portas, grades de ar condicionado, luminárias, teto, em todas as suas superfícies externas e internas. Em unidades de internação de pacientes, a limpeza terminal é realizada após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados, conforme cronograma do SHL.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS HOSPITALARES

Segundo a RDC 50/2020 da ANVISA, há uma classificação de zoneamento das unidades e ambientes, levando em consideração o risco de transmissão de infecção.

Áreas críticas

São aquelas onde há maior número de pacientes graves ou imunologicamente debilitados, maior número de procedimentos invasivos, maiores riscos de infecções, conforme especificações a seguir:

- Unidades de Terapia intensiva – Adulto;
- Centro Cirúrgico;
- Central de Material e Esterilização (CME);
- Unidades de Isolamento;
- Serviço de Processamento de Roupa (SPR) – área suja;
- Agência Transfusional;
- Farmácia Central e Satélites;
- Abrigo externo de Resíduos;
- Serviço de Nutrição e Dietética (SND);
- Métodos Endoscópicos.

Áreas semicríticas

São aquelas onde se encontram pacientes internados e o risco de infecção é menor.

Áreas não críticas

São todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco conforme especificações a seguir:

- Vestiários;
- Copas;
- Áreas administrativas;
- Almoxarifados.

MEDIDAS DE SEGURANÇA

Consumo de alimentos

- É proibido o consumo de alimentos nos postos de trabalho das áreas com exposição a agentes biológicos nos setores. Aos profissionais/estudantes que não se encontram nas áreas de exposição aos riscos biológicos, é recomendado o consumo de alimentos nas copas, refeitórios e áreas externas do hospital. Fica sobre responsabilidade do gestor o monitoramento dessa prática e a disseminação do processo junto à equipe.

- **Obs.:** No caso de eventos extraordinários oriundos de projetos institucionais (visitas, auditorias, treinamentos) é permitido o consumo de alimentos preparados e fornecidos pela equipe do Serviço de Nutrição e Dietética – SND em áreas não assistenciais.

Adornos

- É proibida a utilização de adornos, de acordo com o Guia Técnico de Riscos Biológicos do Ministério do Trabalho - NR nº. 32 são considerados adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e piercings expostos, independente do uso de máscaras e/ou micropore a todo profissional/estudante que exerce atividades de promoção e assistência à saúde nas áreas de exposição a agentes biológicos descritas no PGR.
- É vedado o uso de adornos por qualquer pessoa que exerça atividade de apoio, promoção e assistência à saúde expostos a agentes biológicos, independentemente de sua função, cargo ou vínculo.
- É permitido o uso de brincos restritos ao lóbulo da orelha, colar curto e discreto, relógio, pulseira, aliança e anel nas áreas exclusivamente administrativas. Não se aplica aos colaboradores, ainda que administrativos ou de apoio, que desempenhem atividades, estejam lotados ou circulem, em áreas assistenciais.

Calçados

- É proibida a utilização de calçados abertos, é considerado calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (“peito”), dedos ou das laterais do pé, aos profissionais/estudantes que atuam em áreas assistenciais, ou seja, que atuam na área de exposição ao risco biológico. Aos colaboradores que não recebem calçados fornecidos pelo hospital, recomenda-se a não utilização de sapatos abertos, e com saltos maiores que 4 centímetros.

Unhas

- É vedado o uso de unhas grandes, ainda que naturais, postiças, em gel, com esmaltação craquelada, com relevo, piercing ou qualquer tipo de aplicação. Unhas com essas características aumentam as chances de romper as luvas, expondo o profissional a maior risco ocupacional, podendo provocar danos à saúde, além de aumentar o consumo de EPI. Unhas com essas características acumulam resíduos e microrganismos, aumentando as chances de transmitir e expor os pacientes a riscos assistenciais.

Cordão

- É vedado o uso de cordões ou correntes utilizadas em óculos, segundo estabelecido pela Comissão Tripartite Paritária Permanente do Ministério do Trabalho e Previdência em áreas assistenciais. É vedado, também, o uso de crachá ou carimbo pendurado com cordão.
- Crachás de identificação e de acesso ao hospital devem ser presos ao jaleco por presilha ou prendedor de crachá, conforme NR-32.

Cílios postiços

- É vedado o uso de cílios postiços, haja vista que acumulam resíduos e microorganismos o que aumenta a chance de transmitir e expor os pacientes a riscos e assistenciais. Bem como o manuseio de lentes de contatos nos postos de trabalho.

Barba e Cabelo

- É vedado nas áreas assistenciais barba, bigode e cavanhaque, pois dificulta a correta vedação dos respiradores e máscaras. Em relação aos cabelos cujo comprimento seja abaixo do ombro, estes deverão ser presos.

Vestimenta

- Os trabalhadores expostos ao risco biológico não devem deixar o local de trabalho com a vestimenta fornecida pelo hospital, utilizadas em suas atividades laborais. É proibida a utilização de roupas pessoais, por baixo da vestimenta privativa das áreas fornecida pelo hospital.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Equipamento de Proteção Individual – EPI

São empregados para proteger o pessoal da área de saúde do contato com agentes infecciosos, tóxicos ou corrosivos, calor excessivo, fogo e outros perigos. A roupa e o equipamento servem também para evitar a contaminação do material em experimento ou em produção.

Tabela 02 - Recomendações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Precauções Básicas de Biossegurança

Procedimento	Higiene das mãos	Luvas	Capote (avental)	Máscara e óculos de proteção

Exame de paciente sem contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra	X	-	-	-
Exame de paciente, incluindo contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra	X	X	-*	-
Coleta de exames de sangue, urina e fezes	X	X	-	-
Realização de curativos	X	X	-*	-**
Aplicações parenterais de medicações	X	X	-	-**
Punção ou dissecação venosa profunda	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas e intubação traqueal	X	X	X	X
Endoscopias, broncoscopias	X	X	X	X
Procedimentos dentários	X	X	X	X
Procedimentos com possibilidade de respingo de sangue e secreções	X	X	X	X
Mudança de decúbito	X	X	X	X

Fonte: SESMT

*A utilização de capotes (aventais) está indicada durante os procedimentos em que haja possibilidade de contato com material biológico, como na realização de curativos de grande porte em que haja maior risco de exposição ao profissional, como grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e úlceras/escaras de decúbito.

**O uso de óculos de proteção está recomendado somente durante os procedimentos em que haja possibilidade de respingo, ou para aplicação de medicamentos quimioterápicos.

Proteção de mãos e braços (Luvas)

As luvas são usadas como barreira de proteção prevenindo contra contaminação das mãos ao manipular material contaminado, reduzindo a probabilidade que microrganismos presentes no ambiente e nas mãos sejam transmitidos / adquiridos durante procedimentos.

Imagem 01 – Proteção de mãos e braços



Luva de procedimento látex



Luva à base de borracha natural (laranja)



Luva à base de borracha natural (amarela)



Luva para proteção contra agentes químicos



Luva para proteção contra agentes mecânicos e químicos



Luva tricotada em fibras com pigmento



Luva de vaqueta

Luva tricotada em fibras sem pigmento

Luva tricotada em náilon e elastano



Luva de raspa



Luva térmica



Luva de malha de aço

O uso de luvas não substitui a necessidade de Higienização das mãos conforme - META 005 - Reduzir o risco de Infecções associadas a cuidados assistenciais, porque elas podem ter pequenos orifícios imperceptíveis ou danificar-se durante o uso, podendo contaminar as mãos quando removidas.

- Usar luvas de látex sempre que houver risco de contato com sangue, fluidos do corpo dejetos, trabalho com microrganismos;
- Usar luvas de PVC para recolher os resíduos e no setor de Lavanderia (área suja);
- Não usar luvas fora da área de trabalho, não abrir portas e não atender telefone com luva;
- Luvas de látex – SHL.

As luvas protegem de sujidade grosseira. Elas devem ser usadas em procedimentos que envolvam sangue, fluidos corporais, secreções, excreções (exceto suor), membranas, mucosas, pele não íntegra e durante a manipulação de artigos contaminados. As luvas devem ser trocadas após contato com material biológico, entre as tarefas e procedimentos num mesmo paciente,

pois podem conter uma alta concentração de microrganismos. Remova as luvas logo após usá-las, antes de tocar em artigos e superfícies sem material biológico e antes de atender outro paciente evitando a dispersão de microrganismos ou material biológico aderido nas luvas. Higienize as mãos imediatamente após a retirada das luvas para evitar a transferência de microrganismos a outros pacientes e materiais.

Nota 3: O colaborador que apresentar alergia de algum material da luva, o gestor deverá encaminhar para atendimento médico no setor Acolhimento, posteriormente, o colaborador deverá apresentar o laudo no Setor SESMT para que seja solicitado ao Setor Suprimentos a compra da luva adequada ao colaborador.

Proteção ocular e facial

Os óculos de proteção e o escudo/viseira/protetor facial (*face shield*) são utilizados em procedimentos e servem para proteger as mucosas dos olhos, nariz e boca de respingos (gotículas) gerados pela fala, tosse ou espirro de pacientes ou durante atividades de assistência e de apoio. Estas gotículas geradas por fonte humana têm diâmetro de até 5 μ e se dispersam até um metro de distância quando se depositam nas superfícies. Elas podem ser de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções ou líquidos contaminados como

aquelas geradas durante a lavagem de materiais contaminados. Os procedimentos de maior risco e dispersão de respingo são: broncoscopia, aspiração oral, nasal ou endotraqueal, passagem de sonda gástrica, cirurgias, suturas, técnicas laboratoriais de bioquímica e microbiologia. Outra indicação de uso destes equipamentos é durante a manipulação de produtos químicos.

Imagem 02 – Proteção ocular e facial



Óculos de proteção



Protetor facial

Proteção respiratória (Máscaras e respiradores)

Usados para proteger as vias respiratórias contra poeiras tóxicas, vapores orgânicos ou químicos e microrganismos. Na Unidade faz-se o uso de quatro modelos de EPIs que visam à proteção dos colaboradores contra a inalação de agentes nocivos à saúde, são eles:

- **Respirador PFF2/N95** – É utilizada para proteção das vias respiratórias em ambientes hospitalares contra presença de aerodispersóides e prevenção de disseminação de alguns agentes de transmissão por via respiratória, como o *Mycobacterium tuberculosis*, o vírus do Sarampo, o vírus da H1N1/Gripe tipo A, o vírus COVID-19 e similares. Os respiradores de proteção respiratória (N95/PFF2 ou equivalente) poderão, excepcionalmente, ser usadas por período maior (uso prolongado) ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante (uso intermitente), desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que seja seguida, minimamente, a recomendação que visa minimizar a contaminação desta. O profissional de saúde deve utilizar um protetor facial (*face shield*), pois este equipamento protegerá a máscara de contato com as gotículas expelidas pelo paciente. Pode ser guardada, para um próximo uso, em um saco de papel e os tirantes para o lado de fora do saco de papel; deve ser identificada com o seu nome e data de abertura (sugere-se que seja no próprio saco de papel); não dobrar e/ou amassar, pois isso irá comprometer a filtração da mesma; o profissional deve continuamente avaliar a adequada adaptação da sua máscara à face de elasticidade de suas alças de fixação à cabeça bem como a integridade da sua estrutura; poderá ser utilizada pelo período máximo de 15 (quinze) dias desde que em boas condições; deve ser trocada em caso de estar úmida, rasgada, com defeito de vedação ou elásticos soltos.
- **Respirador PFF2 Carvão Ativado** – Filtra gases tóxicos e odores, deve ser utilizada nos setores que fazem uso de quimioterápicos. Seu uso também está indicado para ambientes ou atividades com odor fétido e desagradável.
- **Respirador purificador de ar tipo peça semifacial** – Para proteção das vias respiratórias do usuário contra a inalação de partículas sólidas, quando utilizados com filtros mecânicos ou combinados, e contra gases e vapores, quando utilizado com filtros químicos ou combinados.

- **Máscara cirúrgica** – É uma barreira que cobre o nariz e a boca, indicada para proteger o colaborador de saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas a curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluídos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias.

As máscaras e respiradores são de uso individual, intransferível e reutilizável. Tem vida útil variável dependendo do tipo de contaminante, sua concentração, da frequência respiratória do usuário e da umidade do ambiente. Os respiradores PFF2/N95 e PFF2 Carvão Ativado devem ser trocados sempre que se encontrar saturado (entupido), perfurado, rasgado ou com elástico solto, ou quando o usuário perceber o cheiro ou gosto do contaminante e/ou com 15 dias de uso. Não deve ser feito nenhum tipo de reparo. Manusear com as mãos limpas e guardar em local limpo.

Imagem 03 – Proteção respiratória



Respirador PFF2/N95



Respirador PFF2 – Carvão ativado



Respirador purificador de ar tipo peça semifacial

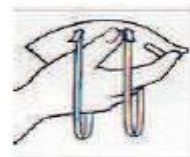


Máscara cirúrgica

Tabela 03 – Orientações para a colocação dos respiradores sem manutenção

ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DOS RESPIRADORES SEM MANUTENÇÃO

a) Segure o respirador na palma da mão, com a espuma interna na direção da ponta dos dedos. As tiras elásticas devem ficar soltas e para baixo.



b) Leve o respirador ao rosto cobrindo a boca e o nariz. Puxe o elástico de cima, passando-o pela cabeça e ajustando-o acima das orelhas.



c) Depois faça o mesmo com o elástico inferior, ajustando-o na nuca. Posicione o respirador no rosto de modo a permitir um bom campo visual.



d) Com dois dedos de cada mão, Pressione o grampo de ajuste nasal com os dedos de forma a moldá-lo ao seu formato de nariz. Isto lhe garantirá um bom ajuste.



e) Para verificar a vedação, coloque as mãos na frente do respirador e sobre fortemente. O ar não deve vazar pelas laterais. Caso isto aconteça, reinicie a colocação do respirador até conseguir um bom ajuste.



f) Para retirá-lo, comece pelo elástico abaixo das orelhas, passando-o pela cabeça. A seguir, proceda da mesma forma com o outro elástico.

Fonte: SESMT

Proteção do tronco (Avental)

O avental (limpo não estéril) serve para proteger a pele e prevenir sujidade na roupa durante procedimentos que tenham probabilidade de gerar respingos ou contato de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções. O avental deve ser selecionado de acordo com a atividade e quantidade de fluido encontrado (plástico ou tecido). O avental impermeável está indicado para lavagem de materiais em áreas de expurgo (CME) e áreas sujas (SPR, Central de Resíduos - abrigo externo, SND e Endoscopia). O avental sujo será removido após o descarte das luvas e as mãos devem ser higienizadas conforme META 005 - Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados assistenciais.

Imagem 03 – Proteção do tronco



Avental confeccionado em PVC com forro de poliéster, tipo barbeiro, manga longa



Avental confeccionado em PVC com forro de poliéster, tipo barbeiro, sem manga



Avental confeccionado em polipropileno (SMS)



Avental confeccionado em tecido de algodão com tratamento retardante a



Avental confeccionado em VINIL tipo barbeiro, manga longa



Avental confeccionado em VINIL, sem manga

chamas e revestido em
silicone



Avental de segurança
confeccionado em raspa

Proteção auditiva

Refere-se a dispositivos usados para proteger as orelhas, seja externamente de elementos como frio, intrusão por água e outras condições ambientais, detritos ou especificamente contra ruídos. Esses dispositivos são Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sendo obrigatoriamente de uso pessoal, conhecidos também por dispositivos de proteção auditiva, que tem por finalidade diminuir os riscos existentes no ambiente, e proteger contra o surgimento de possíveis doenças ocupacionais.

Imagem 04 – Proteção auditiva



Protetor auditivo tipo concha

Protetor auditivo tipo plug

Tabela 04 – Orientação para a colocação do protetor tipo concha

ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DO PROTETOR TIPO CONCHA	
a) A haste deve estar sobre o topo da cabeça; alinhe a altura das conchas de acordo com a posição de suas orelhas. Encaixe as conchas em suas orelhas de forma que elas estejam totalmente inseridas no círculo interno da almofada.	
b) Retire o excesso de cabelo que fica entre o abafador e a orelha.	
c) Certifique-se de que a vedação esteja satisfatória, sem a interferência de objetos como elásticos de respiradores ou armações de óculos. A orelha deve estar sempre solta dentro do círculo interno da concha; evite com que ela esteja presa ou pressionadas pela almofada.	
d) As conchas devem ficar alinhadas verticalmente para proporcionar melhor vedação. Nunca use com as conchas viradas para trás.	

Fonte: SESMT

Tabela 05 – Orientações para a colocação do protetor tipo plug

ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DO PROTETOR TIPO PLUG

a) Com as mãos limpas, segure o protetor pela haste.	
b) Para facilitar a inserção do protetor, puxe a orelha na diagonal para cima e para trás.	
c) Insira o protetor no canal auditivo até o fundo, de forma que não gere desconforto.	

Fonte: SESMT

Proteção da cabeça

Para proteger a cabeça contra impactos causados por choques mecânicos, quedas ou projeções de objetos, os EPIs recomendados são os capacetes. Eles impedem que ocorram traumatismos, ferimentos e outros tipos de lesões, até mesmo fatais. Esses equipamentos são confeccionados com material sintético resistente ao impacto.

Imagem 05 – Proteção da cabeça



Capacete de segurança Classe B, com casco de aba frontal tipo II, moldado em polietileno de alta densidade

Proteção contra quedas

Sempre que o colaborador executar tarefas em altura acima de dois metros do solo e houver risco de quedas, é imprescindível utilizar um dos seguintes EPIs para sua proteção: cinturão de segurança — tipo abdominal ou paraquedista —, ancoragem, talabarte e trava-quedas.

Imagem 06 – Proteção contra quedas



Cinturão de segurança tipo paraquedista com talabarte duplo tipo “Y”

Proteção de pés e pernas

A proteção dos pés e pernas contra animais peçonhentos, torções, escoriações, derrapagens, umidade, objetos cortantes e ação de produtos químicos é conferida por botas, botinas e perneiras de segurança. Esses equipamentos também são encontrados em diferentes modelos e materiais, mas os de couro e os de PVC são os mais comuns.

Imagem 07 – Proteção de pés e pernas



Calçado confeccionado em EVA com solado de borracha antiderrapante



Calçado confeccionado em couro, resistente ao óleo combustível e à passagem de corrente elétrica



Calçado tipo bota PVC cano curto impermeável, sem biqueira



Calçado tipo bota PVC cano longo, impermeável, sem biqueira



Calçado tipo bota PVC cano longo, impermeável, com biqueira



Perneira de segurança confeccionada em material sintético

Outros Equipamentos

- **Jaleco**

Os vários tipos de jalecos são usados para fornecer uma barreira de proteção e reduzir a oportunidade de transmissão de microrganismos. Previnem a contaminação das roupas pessoal, protegendo a pele da exposição a sangue e fluidos corpóreos, salpicos e derramamentos de material infectado.

- ✓ São de uso constante nos laboratórios;
- ✓ Devem sempre ser de mangas $\frac{3}{4}$ e de cor branca, confeccionados em algodão ou fibra sintética (não inflamável);
- ✓ Os descartáveis devem ser resistentes e impermeáveis;

- ✓ Uso de jaleco é permitido somente nas áreas de trabalho. Nunca em refeitórios ou fora dos locais de Trabalho;
- ✓ Jalecos nunca devem ser colocados nos armários onde são guardados objetos pessoais.

- **Uniforme de algodão**

Composto de calça e blusa;

- **Touca descartável**

A Touca descartável está indicada especificamente para profissionais que trabalham com procedimentos que envolvam dispersão de aerossóis, projeção de partículas e proteção de pacientes quando o atendimento envolver procedimentos cirúrgicos.

Imagem 08 -Touca descartável



Touca descartável

Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)

São equipamentos que possibilitam a proteção dos colaboradores de forma coletiva. Os EPCs estão previstos nas NRs 04 e 09, trata-se de todo dispositivo ou sistema de âmbito coletivo, destinado à preservação da integridade física e da saúde dos trabalhadores, assim como a de terceiros. São os equipamentos que neutralizam o risco na fonte, dispensando, em determinados casos, o uso dos equipamentos de proteção individual.

Fluxo Laminar de Ar

Classe II, onde o ar é filtrado em filtros HEPA, antes de entrar e antes de sair da cabine, protegendo o manipulador, o ambiente e o material;

Capela Química NB

Cabine construída de forma aerodinâmica cujo fluxo de ar ambiental não causa turbulências e correntes, assim reduzindo o perigo de inalação e contaminação do operador e ambiente.

Chuveiro de Emergência

Chuveiro de aproximadamente 30 cm de diâmetro, acionado por alavancas de mão, cotovelos ou joelhos. Deve estar localizado em local de fácil acesso.

Extintores

De acordo com a NBR 12693 – Sistemas de proteção por extintores de incêndio, um extintor é um aparelho manual utilizado com a finalidade de combater princípios e focos de fogo que contém um determinado agente extintor para certos tipos de incêndios.

Tipos de extintores utilizados na unidade

- Água;
- Gás carbônico;
- Pó Químico ABC
- Pó Químico BC

Imagem 09 – Tipos de extintores



Agente extintor e indicação

Tabela 06 – Indicação do agente extintor

Agente Extintor	Indicação
Água (H₂O)	É indicado para incêndios da classe A. Seu princípio de extinção é por resfriamento e age em materiais como madeiras, tecidos, papéis, borrachas, plásticos e fibras orgânicas. É proibido o seu uso para incêndios de classe B e C.
Gás Carbônico (CO₂)	É indicado para incêndios da classe B e C. Seu princípio de extinção ocorre por abafamento e resfriamento e age em materiais combustíveis e líquidos inflamáveis e também contra fogo oriundo de equipamentos elétricos.
Pó Químico B/C	É indicado para incêndios da classe B e C. Seu princípio de extinção é por meio de reações químicas.
Pó Químico A/B/C	É indicado para incêndios da classe A, B e C. Seu princípio de extinção é por meio de reações químicas e abafamento (para incêndios da classe A) e pode ser usado para a contenção de fogo de praticamente qualquer natureza.

Fonte: SESMT

Hidrantes

Sistema de hidrantes prediais para combate a incêndio.

Imagem 10 – Hidrante



Fita Antiderrapante

Utilizado para evitar escorregões em vias de acesso que possuem inclinação (rampas de acesso) e escadas.

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resíduos são segregados na origem, acondicionados conforme descrito no – Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.

EQUIPAMENTOS, BANCADAS E PIAS

- Cada setor deverá proceder à limpeza das bancadas e equipamentos após o uso;
- No início e final do expediente as bancadas deverão ser limpas com álcool 70%;
- As pias deverão ser limpas no início do expediente;
- Refrigeradores que armazenam medicamentos precisam ser limpos conforme rotina de limpeza de geladeira.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO COM MATERIAL PERFUROCORTANTE

A prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal medida para que não ocorra contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. Precauções Padrão ou Precauções Universais são normatizações que visam reduzir a exposição aos materiais biológicos. Essas medidas devem ser adotadas na manipulação de artigos médico-hospitalares e na assistência a todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico.

Cuidados com Materiais Perfurocortantes

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos que envolvam a manipulação de material biológico potencialmente contaminado ou material perfurante/cortante.
- Usar sempre luvas quando existir a possibilidade de contato com sangue ou secreções.
- É proibido reencapar, entortar, quebrar ou retirar agulha da seringa com as mãos.
- Treinamento técnico eficiente sobre o processo: Preparação - administração - trajeto - descarte;
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolvam materiais perfurocortantes.

Padronização das caixas de perfurocortantes

Os resíduos perfurocortantes deverão ser descartados no local de geração em caixa coletora para perfurocortante. Quando o conteúdo atingir a marca tracejada da caixa, esta deverá ser trocada imediatamente. Para a montagem da caixa o colaborador e/ou outro profissional, deve seguir criteriosamente todas as orientações de montagem da caixa (vide caixa) e adotar as seguintes recomendações: anotar com pincel data da montagem da caixa, nome do montador,

data de troca, obedecendo o tempo máximo de permanência de 90 dias, desde que, não apresentem umidade, rasgos ou outras condições que representem riscos aos trabalhadores.

Descarte de material perfurocortante

- Todo o material perfurocortante (agulhas, scalpels, lâmina de bisturi etc.), deve ser descartado em recipientes específicos;
- O profissional que usou o material é responsável pelo seu correto descarte;
- Os recipientes para descarte de material perfurocortante devem estar apoiados sobre suportes adequados e o mais próximo do local onde é realizado o procedimento.
- Ao transportar tubos de ensaio, seringas ou artigos que contenham fluídos biológicos, nunca os leve nas mãos, mas sim em caixas rígidas ou em suportes apropriados.

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO OCUPACIONAL

Sabidamente há um risco aumentado de aquisição e de transmissão de doenças infecciosas em ambiente hospitalar: tanto o paciente como os profissionais de saúde têm maior risco de exposição a certas doenças infecciosas, assim como ambos podem ser o veículo de transmissão e disseminação de doenças. O profissional de saúde está exposto a diversas doenças infecciosas em sua prática diária: transmissíveis por via respiratória (tuberculose, varicela, rubéola, sarampo, influenza, viroses respiratórias, doença meningocócica, caxumba e COVID), transmissíveis pela exposição a sangue e fluídos orgânicos (HIV, hepatite B, hepatite C, raiva) de transmissão fecal-oral (hepatite A, poliomielite, gastroenterite, cólera) e transmitida pelo contato com o paciente (escabiose, pediculose, colonização por estafilococos).

O papel do profissional de saúde como transmissor de doenças infecciosas na prática clínica não pode ser desprezado. O risco de o profissional transmitir doenças aumenta, caso as técnicas não sejam empregadas corretamente e ele esteja susceptível a certas doenças transmissíveis.

Por estarem mais expostos a certas doenças transmissíveis, os profissionais de saúde devem estar adequadamente imunizados além de obviamente utilizar corretamente as técnicas de proteção individual para minimizar o risco de aquisição de certas doenças infecciosas:

A vacinação é a ferramenta mais eficaz para a prevenção de certas doenças infecciosas de possível transmissão em ambiente hospitalar (hepatite B, varicela, sarampo, influenza, caxumba, rubéola, meningite e COVID). A vacinação adequada de profissionais de saúde diminui o risco de aquisição de doença por diminuir o número de susceptíveis a doenças imunopreveníveis.

Calendário de vacinação ocupacional

Tabela 15 – Vacinação ocupacional

VACINA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
HEPATITE B	A vacina previne a infecção pelo vírus da hepatite B	Em casos de reação anafilática;
FEBRE AMARELA – FA	A vacina está indicada para prevenir contra a febre amarela	- Para menores de 6 meses; - Para imunodeprimidos; - Portadores de doenças autoimunes
TRÍPLICE VIRAL – TV	A vacina protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola.	- Em casos de reação anafilática; - Para gestantes;
DUPLA ADULTO – dT	A vacina é indicada para prevenir contra o tétano	Para menores de 7 anos;
INFLUENZA	A vacina é indicada para proteger contra o vírus da influenza e contra complicações da doença	Para menores de 6 meses;
Dtpa	Indicada como imunização primária para prevenir o tétano e para profissionais da saúde que prestam assistência a menor de <1 ano	Em casos de reação anafilática;
COVID	A vacina previne contra as formas graves de infecção por SARS-COV 2	Em casos de reação alérgica grave
VARICELA	Indicada para proteger contra a varicela zoster	Para imunodeprimidos;

		Para mulheres que pretendem engravidar nos próximos 30 dias.
Meningo	Indicada para proteger contra a meningite	Em casos de reação anafilática;

Fonte: SESMT

OBS.: A vacinação dos colaboradores, prestadores de serviços, residentes é realizada seguindo as Orientações Técnicas do Manual de Vacinação do Ministério da Saúde e do Calendário de Vacinal Ocupacional de Trabalhadores da Saúde.

ACIDENTE DE TRABALHO

O fluxo de acidente de trabalho deve ocorrer conforme IT..SESMT.001 – Assistência ao colaborador após acidente de trabalho.

Fluxo de Acidente Típico

Conforme dispõe o art. 19 da Lei nº. 8.213/91, "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho".

Ao lado da conceituação acima, de acidente de trabalho típico, por expressa determinação legal, as doenças profissionais e/ou ocupacionais equiparam-se a acidentes de trabalho. Os incisos do art. 20 da Lei nº 8.213/91 as conceitua:

- Doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
- Doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Como se revela inviável listar todas as hipóteses dessas doenças, o § 2º do mencionado artigo da Lei nº 8.213/91 estabelece que, "em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho".

O art. 21 da Lei nº 8.213/91 equipara ainda a acidente de trabalho:

- I. o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
- II. o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:
 - a) Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
 - b) Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
 - c) Ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
 - d) Ato de pessoa privada do uso da razão;
 - e) Desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.
- III. A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade.

Cuidados com o local lesionado

O colaborador deve realizar os cuidados imediatos, ou seja, lavar com água e sabão a área afetada e, no caso de olhos, boca e nariz, seguir as recomendações abaixo:

- Olhos e nariz: Lavar com soro fisiológico;
- Boca: Lavar com água, bochechar e jogar fora.

Cabe ao colaborador acidentado

- Realizar os cuidados imediatos no local lesionado conforme item 13.3.1;
- Comunicar a chefia imediata e dirigir-se ao setor Acolhimento para atendimento médico e preenchimento do CAT;
- Levar a CAT preenchida pelo médico plantonista do Setor Acolhimento ao SESMT após o acidente, caso o acidente tenha ocorrido após as 20h, feriado ou final de semana no primeiro dia útil após o acidente;

Caso o colaborador esteja internado ou impossibilitado de entregar o CAT no setor SESMT, deve comunicar o incidente via telefone ao seu gestor e o gestor que encaminhará a documentação no prazo de até 24h, após o acidente, no setor SESMT.

Cabe ao médico plantonista do Setor Acolhimento

- Realizar atendimento médico ao colaborador/prestador acidentado;
- Preencher a Ficha de Investigação de Acidente e Incidente de Trabalho e entregá-la ao acidentado.

Cabe ao SESMT

- Encaminhar via e-mail a documentação para a sede emitir a CAT via sistema e-Social;
- Realizar investigação do acidente de trabalho;
- Orientar o colaborador sobre a necessidade de comparecer no setor SCIH/NHE para registro no formulário do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- Realizar o agendamento da consulta ocupacional com a médica do trabalho e informar o Técnico de Segurança do Trabalho para que este comunique a data e horário da consulta ao colaborador acidentado.

Cabe ao NHE

- Realizar a notificação do acidente típico no formulário do SINAN.

Acidente de risco com Material Biológico.

É todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias de profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfurocortante ou não.

Entende-se por exposição ocupacional as situações envolvendo sangue ou secreções corporais em lesões percutâneas (como ferimentos perfuro cortantes determinados por agulhas, por exemplo), contato com membrana mucosa ou pele não-integra (quando há alguma lesão de pele, dermatite ou ferida) ou contato com pele íntegra quando a duração do mesmo é prolongada (vários minutos ou horas).

As secreções corporais incluem: sêmen, secreções vaginais, líquido cefalorraquidiano, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico. Exposição a saliva, lágrimas, vômito, urina e fezes sem a presença de sangue não requer acompanhamento pós-exposição.

Fluxo de Acidente com Material Biológico

Cuidados com o local lesionado

O colaborador deve proceder com os cuidados conforme a local/área lesionada:

- Cuidados Locais: Lavar a área afetada com água e sabão;
- Contato com os olhos - Lavar com soro fisiológico;
- Contato com a boca - Lavar com água, bochechando e desprezando;

Avaliação de risco

Tipo de exposição

- Percutânea (risco alto): lesões provocadas por instrumentos perfurocortantes;
- Mucosas (risco baixo): respingos em olhos, nariz, boca e genitália;
- Pele não íntegra: contato com pele com dermatite, feridas abertas (risco moderado), mordeduras humanas;
- Considerar exposição de risco quando houver sangue.

Tipo de fluido

- Fluidos biológicos de risco (risco alto): sangue, líquido orgânico com sangue visível ou fluido potencialmente infectante;
- Materiais biológicos potencialmente não infectantes (risco baixo): fezes, secreção nasal, escarro, suor, lágrima, urina e vômito, exceto se tiverem sangue.

Volume de sangue

- Maior volume de sangue (risco alto): lesões profundas para material cortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria, acidentes com agulhas de grosso calibre, agulhas com lúmen;
- Maior inoculação viral (risco alto): paciente-fonte com HIV/AIDS avançada, infecção aguda para HIV, situações com viremia elevada.

- O início da quimioprofilaxia deverá ocorrer ideal nas primeiras 02hs até 48hs após o acidente.
- Fazer uma anamnese recente e obter dados sobre hábitos de vida, história de hemotransfusão, uso de drogas, vida sexual, uso de preservativos, passado em presídio ou manicômios, história de hepatite e Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST e sorologias anteriores, para analisar a possibilidade de situá-lo numa possível janela imunológica do paciente fonte.
- Paciente com acidente de risco alto, fonte desconhecida, deverá iniciar quimioprofilaxia para HIV.

Atribuições frente à exposição ocupacional com material biológico

Cabe ao colaborador acidentado

- Realizar os cuidados imediatos no local lesionado conforme item 14.2.1;
- Informar o acidente ao paciente fonte, quando paciente fonte for conhecido;
- Notificar de imediato o Acidente de Trabalho com exposição a material Biológico a sua chefia imediata;
- Levar sua carteira de vacinação ou informar seu estado vacinal e dados recentes de sua saúde ao médico plantonista;
- Entregar a Ficha de Investigação de Acidente e Incidente de Trabalho preenchida pelo médico plantonista do Setor Acolhimento ao SESMT após o acidente, caso o acidente tenha ocorrido após às 20h, feriado ou final de semana no primeiro dia útil após o acidente;
- Aguardar o resultado do exame para que sejam iniciadas as medidas profiláticas;
- Comparecer ao médico Infectologista com resultado de exames laboratoriais para consulta no ambulatório para que seu caso seja analisado e se for o caso comparecer aos agendamentos subsequentes marcados;
- O colaborador deverá comparecer a todos os exames de acompanhamento definidos no protocolo; caso o teste rápido for positivo para HIV do paciente fonte, o colaborador deverá comparecer no Acolhimento dentro de 2 horas - tempo ideal para **recebimento ou não da quimioprofilaxia** (de acordo com Formulário 3 deste Manual).

Cabe ao médico plantonista do Setor Acolhimento

- Realizar atendimento médico ao colaborador/prestador acidentado;
- Investigar situação de cobertura vacinal VHB (três doses);
- Preencher a CAT e entregá-la ao acidentado;
- Solicitar os exames pertinentes para o acidentado e paciente fonte;
- Disponibilizar prescrição médica de antirretroviral, quando houver indicação;
- Disponibilizar encaminhamento para o médico infectologista;

Cabe ao enfermeiro do Setor Acolhimento

- Abordar o paciente-fonte, exceto no Centro Cirúrgico;
- Solicitar do paciente - fonte sua concordância para a realização dos exames indicados no protocolo de acidentes de trabalho do ISMS, comunicando a seguir ao laboratório conforme Termo de compromisso livre e esclarecido.
- Realizar a triagem com a classificação de risco no enquadramento amarelo.

Cabe ao enfermeiro do Setor Centro Cirúrgico

- Abordar o paciente-fonte ou seu responsável legal quando criança ou idoso;
- Solicitar do paciente - fonte sua concordância para a realização dos exames indicados, comunicando a seguir ao laboratório conforme Termo de compromisso livre e esclarecido.

Cabe ao Setor Laboratório de Análises Clínicas

- Colher imediatamente o sangue do paciente fonte para teste rápido (HbsAg, Anti-HCV e HIV ½ e VDRL), segundo solicitação médica do Setor Acolhimento;
- Colher imediatamente o sangue do acidentado para teste rápido (HbsAg, Anti-HCV e HIV ½ e VDRL), segundo solicitação médica do Setor Acolhimento;
- Imprimir resultado de exame e entregar protocolado ao médico plantonista no Setor Acolhimento.
- Se houver indicação de quimioprofilaxia o acidentado deve comparecer ao setor de Farmácia Satélite Acolhimento para a retirada do kit completo para o tratamento.

- A decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

É um direito da pessoa recusar a PEP e/ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames sorológicos e laboratoriais). Nesses casos, proceder com o registro em prontuário/ficha de atendimento, documentando a recusa e explicitando que no atendimento foram fornecidas as informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções.

Observação:

ACIDENTADO: É direito deste a recusa da realização de exames sorológicos (HbsAg, Anti-HCV, HIV 1/2 e Anti-HBs) e recebimento de quimioprofilaxia, após assinar ou não a Declaração de recusa aos procedimentos de investigação laboratorial e Declaração de recusa de recebimento de quimioprofilaxia.

PACIENTE FONTE: É direito deste a recusa da realização de exames sorológicos (HbsAg, Anti-HCV, HIV 1/2 e Anti-HBs), após assinar ou não o termo de Termo de compromisso livre.

Cabe ao SESMT

- Registrar a CAT no sistema SAS e encaminhar a documentação para a Sede Administrativa do Instituto Social Mais Saúde - ISMS, via e-mail, para que a Sede emita a CAT junto ao sistema do e-Social;
- Realizar investigação do acidente de trabalho;
- Orientar o colaborador sobre a necessidade de comparecer no setor SCIH/NHE para registro do acidente no sistema SINAM – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- Realizar o agendamento da Consulta Clínica Ocupacional e comunicar o colaborador da data e horário do atendimento com a Médica do Trabalho;

Cabe ao NHE

- Realizar a notificação do acidente com perfurocortante no formulário do SINAN.

Cabe ao Gestor

- Realizar o agendamento da consulta com o médico infectologista no ambulatório e comunicar ao colaborador a data e horário para comparecimento a consulta com o médico infectologista;

Cabe ao Ambulatório

- Agendar a consulta com médico infectologista e realizar os agendamentos subsequentes, quando houver indicação da médica infectologista.

Cabe a Farmácia

- Manter estoque mínimo de 3 kits de medicação antirretroviral;
- Disponibilizar ao colaborador acidentado o kit de antirretroviral, conforme prescrição médica;

Condutas frente a exposição de material biológico - Paciente Externo

Quando ocorrer acidente perfurocortante com paciente externo, este receberá o atendimento no Hospital Regional do Baixo Amazonas, conforme a Portaria Estadual 744 de 12 de junho de 2012.

- O enfermeiro do acolhimento deverá abordar o acidentado explicando o ocorrido e solicitar sua autorização por escrito (formulário 1 - Consentimento ou Recusa pós-informado) para realização dos exames necessários, conforme protocolo Institucional de Acidentes de Trabalho;
- O médico plantonista do Acolhimento deverá seguir fluxo de acidentes;
- Se o paciente-fonte recusar a submeter aos exames, considerar como paciente-fonte desconhecida.
- Em caso de seguimento laboratorial e uso de PEP por 28 dias, o acidentado receberá o kit pelo setor de Farmácia Satélite Acolhimento.

Observação: O Hospital Regional em atendimento a Portaria Estadual nº. 744, de 12 de junho de 2012, atende aos profissionais de Saúde expostos a materiais biológicos nos casos de acidentes ocupacionais, aos sábados, domingos, feriados e nos turnos noturnos.

Acidentes com Sangue e/ou Secreções – Profilaxia para agentes virais HIV

No atendimento inicial após exposição ao HIV, faz-se necessário que o profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição, além de investigar a condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte da exposição. Assim, a partir da avaliação desses critérios objetivos será possível definir se há ou não indicação de início de Profilaxia Pós-Exposição - PEP.

Avaliação do Risco da Exposição:

- O tipo de material biológico envolvido;

- O tipo de exposição;
- O tempo transcorrido entre exposição e o atendimento;
- A condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte.

Recomenda-se profilaxia em todos os casos de exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Existem casos, contudo, em que a PEP não está indicada, em função do risco insignificante de transmissão e nos quais o risco de toxicidade dos medicamentos supere o risco de transmissão do HIV.

Tipo de material biológico

Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situações nas quais a PEP está recomendada.

Tabela 15 – Classificação dos materiais biológicos

CLASSIFICAÇÃO DOS MATERIAIS BIOLÓGICOS	
<u>Com risco de transmissão do HIV:</u> • Sangue e outros materiais contendo sangue; • Sêmen; • Fluidos vaginais; • Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdio), líquido amniótico, líquido e líquido articular.	<u>Sem risco de transmissão do HIV:</u> • Suor; • Lágrima; • Fezes; • Urina; • Vômitos; • Secreções; • Saliva (exceto em ambientes odontológicos).

Fonte: SESMT

Importante: A presença de sangue nesses líquidos torna esses materiais em potencialmente infectantes, exposições nas quais o uso de PEP pode ser indicado.

Tipos de Exposição

I. Exposição com risco de transmissão do HIV:

- Percutânea - Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfuro e/ou cortantes.
- Membranas mucosas - Exemplos: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca.
- Cutâneas envolvendo pele não íntegra - Exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas.
- Mordeduras com presença de sangue - Nesse caso, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.

II. Exposição sem risco de transmissão do HIV:

- Cutâneas exclusivamente, em que a pele exposta encontra-se íntegra.
- Mordedura sem a presença de sangue.
- Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento.

Importante: O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência médica. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível tendo como limite às 72 horas subsequentes à exposição. As situações de exposição ao HIV constituem uma emergência médica, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição.

Investigação diagnóstica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte

A avaliação do status sorológico da pessoa exposta deve ser realizada em situações de exposições consideradas de risco. Além disso, o *status* da pessoa fonte, sempre que possível, deve ser conhecido, pois é determinante para indicação de PEP.

Primeiramente, deve-se realizar a investigação do diagnóstico para o HIV da **pessoa exposta**:

- **Se reagente:** a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para o acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral.
- **Se não reagente:** pessoa exposta é susceptível ao HIV. Avaliar o *status* sorológico da **pessoa fonte** quanto à infecção pelo HIV.
- No caso de resultado discordante ou teste rápido inválido: não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo

laboratorial (ver manual diagnóstico HIV). Fica à critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta a decisão de iniciar ou não a profilaxia.

- Quanto ao *status* sorológico da **pessoa fonte** em relação à infecção pelo HIV:

- **Ser reagente:** a PEP está indicada.
- **Se não reagente:** a PEP não está indicada.

*Contudo, a PEP poderá ser indicada quando a pessoa fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falsos- negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar a janela imunológica de 90 dias.

- **Se fonte desconhecida:** a PEP está indicada. A manutenção da PEP por 28 dias deverá ser decidida individualmente após a discussão do caso com profissionais que tenham experiência no atendimento de pessoas vivendo com HIV - PVHIV.

*Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (por exemplo: agulha em resíduo comum, lavanderia, coletor de material perfuro cortante) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (por exemplo, paciente que faleceu), a decisão sobre fazer a profilaxia antirretroviral deve ser individualizada e ser decidida caso-a-caso. Deve-se considerar a gravidade da exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV naquela exposição (área de alta prevalência para HIV, pacientes internados com infecção pelo HIV naquele ambiente etc.). Existem muitos casos de HIV ser extremamente baixo e nos quais o risco de toxicidade dos antirretrovirais superar o risco de transmissão do vírus.

Os resultados da investigação diagnóstica devem ser comunicados à pessoa que foi testada. Caso seja feito o diagnóstico da infecção pelo HIV na pessoa fonte, esta deverá ser encaminhada para seguimento clínico.

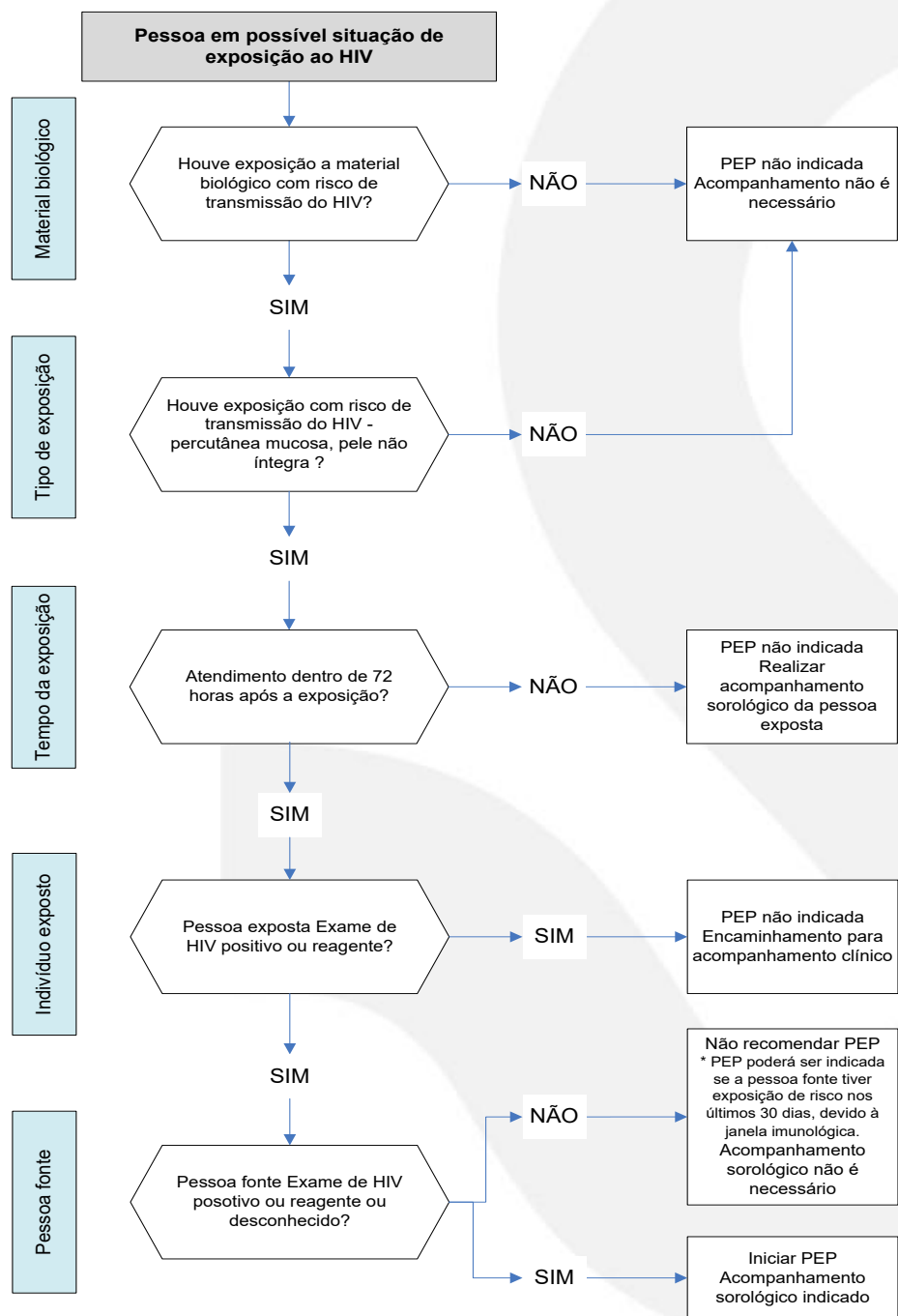
É direito de a pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames sorológicos e laboratoriais). Nesses casos, proceder com registro em prontuário documentado a recusa e explicitando que no atendimento foram fornecidas as informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções.

Ressalta-se que, mesmo quando a pessoa chega ao serviço depois de 72h da exposição, recomenda-se a investigação inicial do *status* sorológico e acompanhamento sorológico pós-exposição, caso o status da fonte seja positivo ou desconhecido. Devem sempre ser avaliadas

quanto à necessidade de outros atendimentos como profilaxia para as Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, hepatites virais e imunizações.

Fluxograma para indicação de PEP HIV

Imagem 11 – Fluxograma para indicação de PEP HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS

Esquema antirretroviral para PEP

Tabela 16 – Esquema preferencial para PEP

ESQUEMA PREFERENCIAL PARA PEP		
Medicamentos		Duração da PEP
Tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG)		28 dias
APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAIS PREFERENCIAIS PARA PEP E POSOLOGIAS		
Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir¹ e lamivudina (TDF + 3TC)²	Comprimido coformulado (TDF 300 mg + 3TC 300 mg) TDF 300 mg associado a comprimido 3TC 300 mg	1 comprimido VO 1x ao dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50 mg	1 comprimido VO 1x ao dia

Fonte: SESMT

¹ contraindicado se pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

² na falta da apresentação coformulada, utilizar TDF 300 mg VO 1 cp/dia + Lamivudina 300 mg 1 cp/dia.

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Gestantes e lactantes

Os critérios para indicação de PEP são os mesmo que se aplicam a qualquer outra pessoa que tinha sido exposta ao HIV. Apesar de resultados encorajadores, ainda há poucos dados disponíveis na literatura que permitam a indicação de DTG como esquema preferencial para profilaxia em gestantes e lactantes. Portanto, para essas mulheres o esquema preferencial deve ser composto com **Raltegravir**.

OBS. As mulheres que estejam amamentando devem ser esclarecidas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno. Em tais situações, deve-se orientá-las pela interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica pode realizar extração e descarte do leite materno. Exame de controle com resultado HIV não reagente autoriza reintrodução do aleitamento materno.

Tabela 17 – Apresentação de antirretroviral para PEP em gestantes

APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAL PARA PEP EM GESTANTES	
ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES
TDF+3TC+RAL*	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL: ATV/r
Esquema alternativo	Medicações alternativas
TDF + 3 TC + ATV/r	Impossibilidade de ATV/r: LPV/r
* RAL Raltegravir = 1 comprimido de 400mg a cada 12 horas	

Fonte: SESMT

Hepatite B

Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a Material biológico.

Tabela 18 – Situação vacinal

PACIENTE-FONTE			
SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido ou não testado
Não Vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação**

Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação**
Previamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada (> 10mUI/ml)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B da nova série de 3 doses	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série de vacina (3 doses)
Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses)	IGHAHB (2x)***	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x)***
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + 1ª dose da vacina contra hepatite B	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série vacinação	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série vacinação**

Fonte: SESMT

- Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, idealmente nas primeiras 24 horas após o acidente.

- Uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis, paciente em programas de diálise, contatos domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.
- IGHAHB (2x) = 2 doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram 2 séries de 3 doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou apresentem alergia grave à vacina.
- A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional.

Hepatite C

A investigação inicial da infecção pelo VHC é feita com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti – VHC) usando testes rápidos ou testes laboratoriais. No entanto, a detecção do anticorpo isoladamente indica apenas exposição ao vírus, havendo necessidade de detecção direta do genoma viral (VHC-RNA) para a definição de um caso de infecção ativa.

Testagem para hepatite C da pessoa fonte e da pessoa exposta

Interpretação do status sorológico da pessoa exposta utilizando-se a pesquisa do anti-VHC:

- **Se anti-VHC reagente:** A pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento. A pessoa deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.
- **Se anti-VHC não reagente:** A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. Quando possível, avaliar o *status* sorológico da pessoa fonte quanto à infecção pela hepatite C.
- - Quanto ao *status* sorológico da **pessoa fonte**:
- **Se anti-VHC reagente:** acompanhar a pessoa exposta pelo risco do soro conversão e necessidade de tratamento da infecção aguda

- **Se anti-VHC não reagente:** sem risco de soro conversão para pessoa exposta, não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção.
- **Se anti-VHC desconhecido ou indeterminado:** Acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soro conversão e eventual necessidade de tratamento da infecção aguda.
- Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos que varia de 33 a 129 dias. Há possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. Por isso, se houver essa possibilidade e a fonte for epidemiologicamente relacionável a infecção pelo VHC, é recomendável testar a fonte mais uma vez ao fim do período da janela.

Seguimento da pessoa exposta - fonte positiva para hepatite C

O diagnóstico precoce da soro-conversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção pelo VHC que tem objetivo de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica principalmente nos pacientes assintomáticos. Portanto, recomendamos o seguimento conforme o quadro abaixo:

Tabela 19 – Seguimento da pessoa exposta

Exame	1º Atendimento	1 mês	3 meses	6 meses
ALT	SIM	SIM	SIM	SIM
PCR (RNA- VHC)	NÃO	SIM	SIM	NÃO
anti-VHC*	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: SESMT

*anti-VHC reagente: **PESSOA PREVIAMENTE EXPOSTA.** Pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para médica Infectologista.

Infecção aguda pelo VHC após exposição ocupacional

Definição de hepatite C aguda

- Soro conversão recente (há menos de seis meses) e documentada do ANTI-VHC (anti-VHC não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição, com conversão para anti-VHC);

OU

- anti-VHC não reagente e detecção do VHC-RNA por até 90 dias após o início dos sintomas ou da data da exposição, quando esta for conhecida em indivíduos com histórico de exposição potencial ao VHC.

Critérios para o início do tratamento da hepatite C aguda

- **Pacientes sintomáticos:** recomenda-se aguardar 12 semanas (90 dias) após o início dos sintomas, caso não haja clareamento viral espontâneo (VHC-RNA NEGATIVO), indica-se o tratamento.
- **Pacientes assintomáticos:** recomenda-se iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico, em média, quatro semanas após a exposição, principalmente nas situações de maior vulnerabilidade: PVHIV, pessoas expostas a acidentes com instrumentos perfuro cortantes, pacientes em hemodiálise e pessoas que usam drogas injetáveis.

Nos grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou em situações em que houver a suspeita de infecção aguda pelo VHC e não seja possível definir a data provável de exposição ao VHC, recomenda-se:

- Na suspeita clínica de infecção aguda pelo VHC, deve-se realizar o VHC-RNA quantitativo.
- Deve-se repetir o VHC-RNA quantitativo na quarta semana após o primeiro exame.
- Caso não ocorra diminuição da carga viral de pelo menos 2log10, deve-se iniciar o tratamento.
- Caso a carga viral tenha reduzido mais do que 2log10, recomenda-se AVALIAÇÃO na 12ª semana antes de indicar o tratamento.

O tratamento, quando iniciado, deve ser feito preferencialmente com esquema terapêutico composto por alfa peguinterferona, associado ou não à ribavirina, independente do genótipo, de acordo com o fluxograma. Em pacientes monoinfectados, seu uso é opcional.

Observação: A investigação e análise do acidente de trabalho devem ser realizadas com a participação do(a):

- Acidentado(a);
- Coordenador(a) do acidentado(a);
- Representante(s) do SESMT;
- Representante(s) da CIPA.

Fluxo de Acidente Trajeto

De acordo com o art. 21, da Lei nº 8.213/91: Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Cabe ao colaborador acidentado

- Acionar o atendimento em via pública pelo SAMU – 192 e/ou Corpo de Bombeiros – 193 que transportará o acidentado até a UPA ou Hospital mais próximo para atendimento de urgência;
- Comunicar a chefia imediata;
- Levar a ficha de atendimento e atestado médico, se houver, preenchida pelo médico plantonista do hospital de atendimento ao setor SESMT após o acidente, caso o acidente tenha ocorrido após as 20h, feriado ou final de semana no primeiro dia útil após o acidente;

Caso o colaborador esteja internado ou impossibilitado de entregar o CAT no setor SESMT, deve comunicar o incidente via telefone ao seu gestor e o gestor que encaminhará a documentação no prazo de até 24h, após o acidente, no setor SESMT.

Cabe ao médico plantonista da Unidade de Atendimento

- Realizar atendimento médico ao colaborador/prestador acidentado;

Cabe ao SESMT

- Encaminhar via e-mail a documentação referente ao acidente de trabalho para a Sede Administrativa do Instituto Social Mais Saúde - ISMS emitir a CAT via sistema e-Social;
- Realizar investigação do acidente de trabalho;

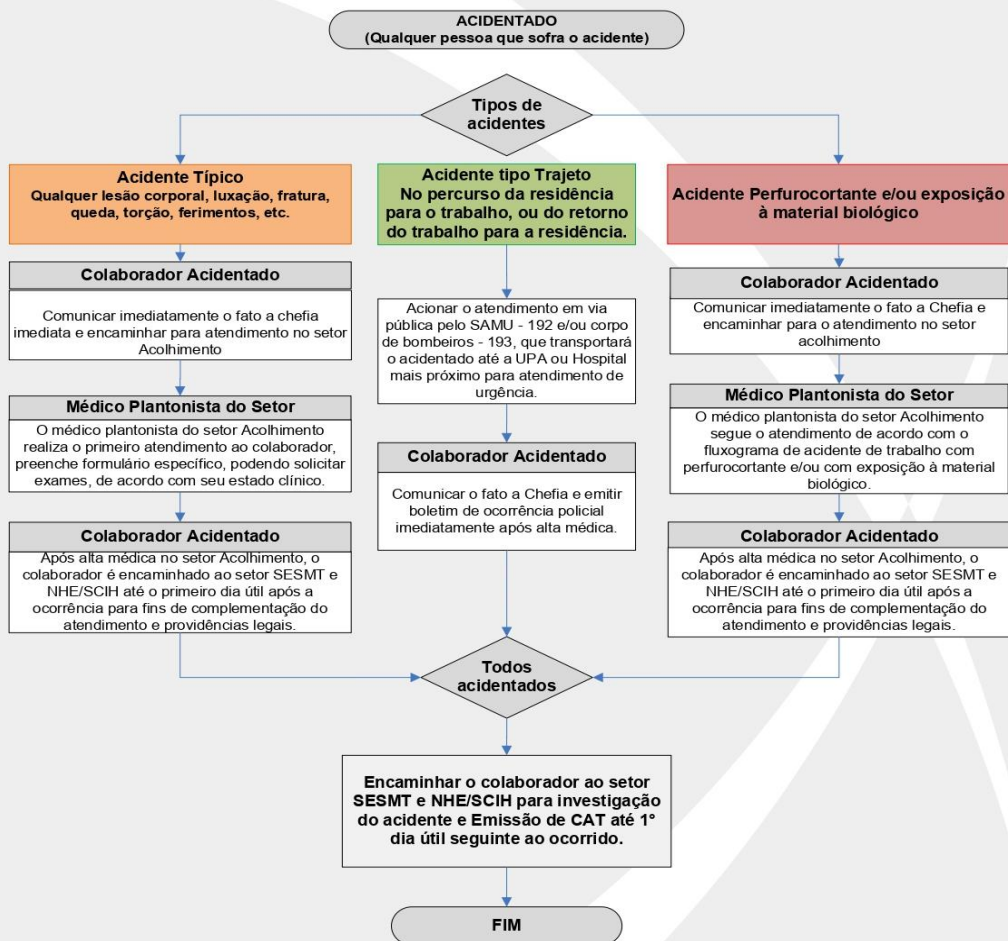
- Orientar o colaborador sobre a necessidade de comparecer no setor SCIH/NHE para registro no formulário do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- Realizar o agendamento de Consulta Clínica Ocupacional com a Médica do Trabalho e informar o colaborador sobre a data e horário;

Cabe ao NHE

- Realizar a notificação do acidente típico no formulário do SINAN.

Fluxograma de Acidente de Trabalho

FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DE TRABALHO



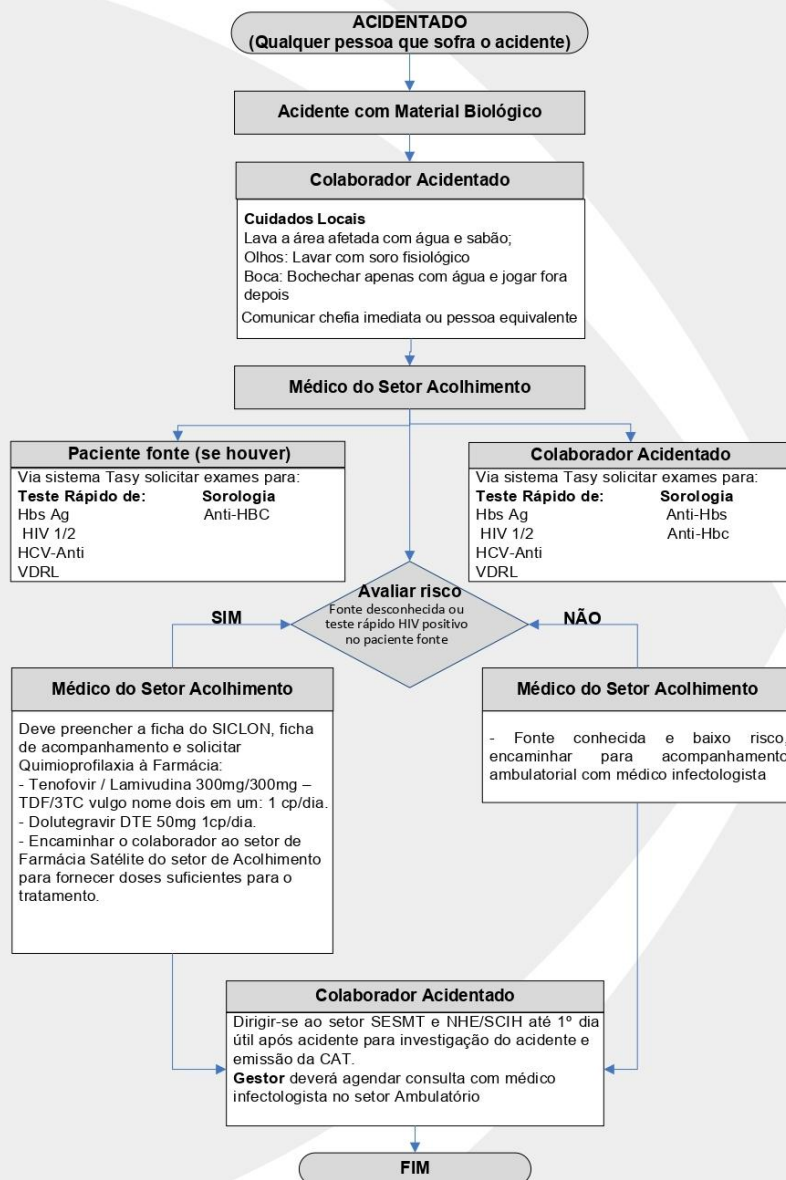
NOTA 01:

Nos finais de semana e feriados o acidentado deverá procurar o superior imediato de plantão para informar o acidente de trabalho e providências legais.
Caso o acidente de trabalho ocorra após às 18h, o acidentado deverá comparecer no SESMT e NHE/SCIH até 1º dia útil após o acidente.

NOTA 02:

Acidente Comunicado fora do prazo legal será descaracterizado pela instituição.

FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DE TRABALHO COM PERFUROCORTEANTE E/OU MATERIAL BIOLÓGICO



NOTAS:

1. Colaborador sem esquema vacinal para HBV, desconhecido ou esquema incompleto, receber 1 dose IM de vacina para HBV;
2. Paciente fonte com HBV positivo e colaborador não vacinado ou com esquema incompleto ou sem Anti HBS conhecido, receber 1 dose de HBV IM e imunoglobulina;
3. Acidentado com perfurocorteante vacinado com dT a mais de 5 anos, receber uma dose IM de reforço.
4. Fornecer solicitação de consulta com infectologista;
5. Os exames de anti-HBC e anti-HBS serão testes sorológicos.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE E INCIDENTE DE TRABALHO																
ACIDENTE		INCIDENTE														
IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO E CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE - SOMENTE PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE																
NOME DO ACIDENTADO:	CPF:	CARGO:	CNPJ:													
SETOR:	IDADE:	SEXO: ☐ M ☐ F	DATA DA OCORRÊNCIA:													
TIPO DE ACIDENTE:		APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?														
LOCAL/SETOR DA OCORRÊNCIA		EQUIPAM./FERRAMENTA/MATERIAL QUE CAUSOU A LESÃO:														
TIPO DE ATIVIDADE EM QUE OCORREU O ACIDENTE:	REGIME DE TRABALHO:	DATA DE RETORNO AO TRABALHO:														
	☐ ADMM ☐ TURNO ☐ EXTRA															
NATUREZA DA LESÃO OU DOENÇA:	QUAL PARTE DO CORPO QUE CAUSOU A LESÃO?	QUAL LADO?														
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA:																
<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE: DO TRABALHO ☐ DE TRAJETO ☐ FORA DO TRABALHO ☐ DOENÇA OCUPACIONAL ☐</td> <td colspan="2">CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE:</td> <td>TEMPO COMPUTADO EM CASO DE:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ☐ SAF - SEM AFASTAMENTO ☐ CAF - COM AFASTAMENTO ☐ CAF - AUSÊNCIA DO TRABALHO </td> <td>DIAS PERDIDOS: _____</td> </tr> <tr> <td>RESTRIÇÃO AO TRABALHO ☐</td> <td>TRATAMENTO MÉDICO ☐</td> <td>DIAS DEBITADOS: _____</td> </tr> <tr> <td>PRIMEIROS SOCORROS ☐</td> <td></td> <td>DIAS RESTRITOS: _____</td> </tr> </table>				CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE: DO TRABALHO ☐ DE TRAJETO ☐ FORA DO TRABALHO ☐ DOENÇA OCUPACIONAL ☐	CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE:		TEMPO COMPUTADO EM CASO DE:	☐ SAF - SEM AFASTAMENTO ☐ CAF - COM AFASTAMENTO ☐ CAF - AUSÊNCIA DO TRABALHO		DIAS PERDIDOS: _____	RESTRIÇÃO AO TRABALHO ☐	TRATAMENTO MÉDICO ☐	DIAS DEBITADOS: _____	PRIMEIROS SOCORROS ☐		DIAS RESTRITOS: _____
CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE: DO TRABALHO ☐ DE TRAJETO ☐ FORA DO TRABALHO ☐ DOENÇA OCUPACIONAL ☐	CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE:		TEMPO COMPUTADO EM CASO DE:													
	☐ SAF - SEM AFASTAMENTO ☐ CAF - COM AFASTAMENTO ☐ CAF - AUSÊNCIA DO TRABALHO		DIAS PERDIDOS: _____													
	RESTRIÇÃO AO TRABALHO ☐	TRATAMENTO MÉDICO ☐	DIAS DEBITADOS: _____													
	PRIMEIROS SOCORROS ☐		DIAS RESTRITOS: _____													
DECLARAÇÃO DO COLABORADOR																
DESCREVA DETALHAMENTO O QUE OCORREU:																
Declaro que as informações acima são verdadeiras e espontâneas, para a qual não fui coagido ou induzido, estando ciente que as mesmas serão objeto de investigação por parte do Departamento de Segurança do Trabalho e(ou) e que a falta da verdade nesta comunicação de acidente/incidente/adoecimento, implicará em medidas disciplinares, de acordo com o artigo 482 da CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO e para ratificação do ocorrido, abaixo assinam as testemunhas.																
Local: _____		Assinatura do declarante _____														
CAMPO DE PREENCHIMENTO - MÉDICO																
Atendimento no setor Acolhimento ou externo.: Realizado?		Potencial de Gravidade:														
() Sim () Não Data: ____/____/____ Horário: ____:____h		() 0 Irrelevante () 1 Leve () 2 Moderado () 3 Grave () 4 Gravíssimo														
Houve Internação Hospitalar?	Haverá necessidade de afastamento do Trabalho durante tratamento?	Período do afastamento:														
() Não () Sim	() Não () Sim	() dias (Por Extenso).														
Descrição da(s) Lesão (s):		CID:														
CAMPO DE PREENCHIMENTO - MEDICINA DO TRABALHO																
Atendimento na Medicina do Trabalho:		Data do Atendimento:	Hora do Atendimento:													
() Imediato () Após 24h () Após 48h () Não Compareceu		____/____/____	____h													
Classificação do evento:																
() Com perda de tempo () Trat. Médico () Prim. Socorros () N/A – Não aplicável																
PARECER E/OU AVALIAÇÃO DO NEXO CAUSAL																
_____ _____ _____ _____ _____																
Emitir CAT ? () Sim () Não	Médico(a) responsável: CRM, Carimbo e Assinatura	Médico(a) Coordenadora:	Coordenação - SESMT:													
	_____	_____	_____													

CAMPO DE PREENCHIMENTO - SEGURANÇA DO TRABALHO			
ANÁLISE DETALHADA DAS CAUSAS			
CAUSAS IMEDIATAS:			
<u>ATOS INSEGUROS DETECTADOS</u> ☐ 1. Operando equipamento sem autorização ☐ 2. Falta e/ou falha de aviso / sinalização ☐ 3. Não uso de procedimento e ou ART ☐ 4. Operando em velocidade insegura ☐ 5. Tornando inoperáveis os dispositivos de seg. ☐ 6. Remoção dos dispositivos de segurança ☐ 7. Uso de equipamento / ferramenta defeituosa ☐ 8. Uso impróprio de equipamento / ferramenta ☐ 9. Falha ou falta de uso do EPI ☐ 10. Carregar / levantar / Colocar incorretamente ☐ 11. Esforço exagerado ☐ 12. Posição incorreta para executar a tarefa ☐ 13. Manutenção de equipamento em operação ☐ 14. Brincadeira / Distração / Exibicionismo ☐ 15. Sob a influência de álcool e/ou outras drogas ☐ 16. Gerando barulho / Tumulto no trabalho ☐ 17. Outros _____	<u>CONDIÇÕES INSEGURAS DETECTADAS</u> ☐ 1. Proteção ou barreira inadequada / inexistente ☐ 2. Uso incorreto/inadequado de ferram/equipam. ☐ 3. Ferramenta, equip. ou material defeituoso ☐ 4. Área congestionada ou restrita (lay out) ☐ 5. Sistema de aviso ou sinalização inadequada ☐ 6. Perigo de incêndio e/ou explosão ☐ 7. Ordem e limpeza deficientes ☐ 8. Presença de gases/vapores/poeiras ☐ 9. Ventilação inadequada ☐ 10. Mal sustentado / mal fixado ☐ 11. Corrosão / Desgaste anormal ☐ 12. Desgaste por uso normal ☐ 13. Exposição a radiação _____ ☐ 14. Exposição a ruído ☐ 15. Exposição a altas ou baixas temperaturas ☐ 16. Iluminação inadequada ou excessiva ☐ 17. Concentração alta de gases/vapores/poeira	<u>CAUSAS BÁSICAS:</u> <u>FATORES PESSOAIS</u> ☐ 1. Capacidade inadequada ☐ 2. Falta de conhecimento ☐ 3. Falta de habilidade ☐ 4. Stress (Físico / Mental) ☐ 5. Motivação incorreta ☐ 6. Outros _____ <u>FATORES DO TRABALHO</u> ☐ 1. Arranjo físico ☐ 2. Falta/Falha de manutenção ☐ 3. Projeto inadequado ☐ 4. Defeito de fábrica /Montagem ☐ 5. Falta/Falha de procedimentos ☐ 6. Aceit./Tolerância da Superv. ☐ 7. Liderança inadequada ☐ 8. Compra inadequada ☐ 9. Ferram./Equip./Mat. inadeq. ☐ 10. Abuso ou uso incorreto ☐ 11. Uso e desgaste ☐ 12. Outros _____	
ANÁLISE DETALHADA DAS CAUSAS			
TIPO DE CONTATO:			
☐ Batido por ☐ Batido contra ☐ Explosão	☐ Exposição ☐ Incêndio ☐ Inalação	☐ Contato c/ corrente elét. ☐ Contato c/ prod. químico ☐ Contato c/ extremo temp. ☐ Contato c/ mat perfuro	☐ Queda do mesmo nível ☐ Queda de nível diferente ☐ Esforço exagerado ☐ Contatado por
DISCRIMINAÇÃO DAS CAUSAS			
DESCREVA AS CONDIÇÕES ABAIXO DO PADRÃO IDENTIFICADAS:			
DESCREVA OS FATORES PESSOAIS E FATORES DE TRABALHO IDENTIFICADOS:			
PLANO DE AÇÃO			
RECOMENDAÇÕES PARA EVITAR REPETIÇÃO:	QUEM:	PRAZO:	STATUS:
COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE			
NOME:	MATRICULA:	RUBRICA:	DATA:

FORMULÁRIOS

Termo de compromisso livre e esclarecido

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, usuário do ISMS,
internado _____ no _____ (setor/enfermaria/leito)
_____ fui informado que
durante procedimentos a que fui submetido, houve acidente de trabalho com o profissional
_____ e () autorizo / () recuso a
realização dos testes rápidos e sorológicos, se necessário, estabelecidos no Manual de
Biossegurança do ISMS tais como anti-HIV, Hepatite B e Hepatite C, para que possam ser
tomadas as medidas necessárias com o profissional acidentado.

É importante frisar que o resultado dos exames é confidencial e será somente do meu
conhecimento e dos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da unidade.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinaturas:

Usuário / Responsável

Testemunha 1

Nome: _____

CPF: _____

Testemunha 2

Nome: _____

CPF: _____

Declaração de recusa aos procedimentos de investigação laboratorial

Declaração de recusa aos procedimentos de investigação laboratorial

Eu, _____, RG
_____, CTPS _____, colaborador do Hospital Regional do
Baixo Amazonas do Pará na função de
_____ do setor
_____ declaro que sofri um acidente com
_____ no procedimento

_____ quando em atenção ao paciente
_____ fui atendido pelo
médico plantonista _____.

Declaro para os devidos fins que recebi orientação do médico plantonista e/ou CCIH para realizar os exames laboratoriais definidos em protocolo, isentando os profissionais e o próprio Hospital, de quaisquer responsabilidades sobre danos que meu ato de recusa provocar, mesmo sabendo dos riscos inerentes a essa atitude, sobre os quais fui devidamente informado e esclarecido. Este documento estende-se a todos os profissionais da Equipe Multiprofissional e Hospital que o atendeu. Fica este documento fazendo parte do Prontuário do Colaborador. Faço o presente documento, sem coação e de minha livre vontade, e será assinada por mim e/ou meu representante legal, quando for necessário, e por duas testemunhas.

_____, ____ de _____ de _____.

Colaborador / Responsável

Testemunha 1

Nome: _____

CPF: _____

Testemunha 2

Nome: _____

CPF: _____

Recusa ao recebimento de quimioprofilaxia

RECUSA AO RECEBIMENTO DE QUIMIOPROFILAXIA

Declaração de Pós-Informado de COLABORADOR vítima de acidente com material biológico

Eu, _____ RG _____ CTPS: _____ colaborador na
função de _____ do setor _____ declaro que
sofri acidente com material biológico _____ no
procedimento: _____, quando em atenção ao paciente
_____, sendo atendido pelo médico plantonista
_____.

Declaro para os devidos fins que recebi orientação do médico plantonista para tomar a medicação de Quimioprofilaxia definida em Protocolo, ao que me recusei, assumindo prontamente todas as consequências, isentando a Instituição e a quem de competência, de todas as responsabilidades deste meu ato de RECUSA.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura

1º Testemunha

CPF:

2º Testemunha

CPF:

Este cronograma serve como uma base e poderá ser ajustado conforme a realidade e as necessidades específicas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Cronograma de atividades anual

Cronograma Anual do SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã/MS

Período: 1º Ano de Contrato de Gestão

Periodicidade: Reuniões Setorial mensais ordinárias , com emissão de relatórios trimestrais.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Planejamento e Diagnóstico Inicial	Apresentação da equipe do SESMT à Diretoria; definição de responsabilidades; mapeamento dos setores e levantamento	Eng. de Segurança, Médico do Trabalho, Técnico de Segurança, Aux.	Planejar a estruturação do serviço e diagnosticar a situação atual de segurança e saúde ocupacional.

		preliminar de riscos ocupacionais.	Enfermagem do Trabalho	
	Coleta de Dados e Análise de Acidentes e Afastamentos	Levantamento histórico de acidentes e doenças ocupacionais para subsidiar o PGR e PCMSO.	Técnico de Segurança, RH, Eng. de Segurança	Identificar causas e definir prioridades de prevenção.
Mês 2	Elaboração do PGR e PCMSO (Versões Preliminares)	Redação técnica dos programas obrigatórios com base nos riscos identificados e demandas do hospital.	Eng. de Segurança, Médico do Trabalho	Garantir o cumprimento das normas e diretrizes legais.
	Planejamento da Eleição da CIPA	Caso ainda não exista, organizar o processo eleitoral e divulgar as inscrições.	Técnico de Segurança, RH	Implantar a CIPA conforme a NR-5.
Mês 3	Aprovação e Implantação do PGR e PCMSO	Apresentação formal dos programas à Diretoria para aprovação e início das ações preventivas.	SESMT, Direção Geral	Implementar oficialmente o sistema de gestão de segurança e saúde.
	Capacitação Inicial dos Colaboradores	Realização dos primeiros treinamentos obrigatórios (EPI, prevenção de acidentes, ergonomia, condutas seguras).	Técnico de Segurança, NEP	Promover cultura de prevenção e segurança.

Mês 4	Início das Inspeções e Auditorias de Segurança	Vistorias periódicas nos setores críticos, com verificação de EPIs e adequações ergonômicas.	Técnico de Segurança, Eng. de Segurança	Identificar riscos residuais e priorizar correções.
	Relatório Quadrimestral I	Consolidação das ações, indicadores e status de implantação do SESMT.	Eng. de Segurança, Médico do Trabalho	Avaliar resultados e propor ajustes.
Mês 5	Instalação e Treinamento da CIPA	Posse dos membros, planejamento das reuniões mensais e elaboração do plano de trabalho da CIPA.	Técnico de Segurança, CIPA	Garantir o funcionamento efetivo da CIPA.
	Campanha de Prevenção de Acidentes e Uso Correto de EPI	Realização de ações educativas e de conscientização nos setores.	SESMT, Comunicação Interna	Aumentar adesão às práticas seguras.
Mês 6	Avaliação Médica Ocupacional e PCMSO em Execução	Início das rotinas de exames admissionais, periódicos, de retorno e demissionais.	Médico do Trabalho, Aux. de Enfermagem do Trabalho	Garantir acompanhamento médico ocupacional contínuo.
	Capacitação em Primeiros Socorros e Emergências Internas	Treinamento prático com simulação de situações emergenciais.	Técnico de Segurança, Enfermagem	Preparar equipes para resposta rápida a incidentes.
Mês 7	Auditoria Interna de Segurança e Ergonomia	Avaliação das condições de trabalho e revisão das medidas	Eng. de Segurança, Técnico de Segurança	Reduzir riscos ergonômicos e de acidentes.

		ergonômicas em setores críticos.		
	Relatório Quadrimestral II	Apresentação de resultados de auditorias, campanhas e treinamentos.	SESMT, Direção Médica	Monitorar eficácia das ações e propor melhorias.
Mês 8	Campanha de Saúde Ocupacional	Promoção de campanhas de vacinação, prevenção de doenças respiratórias e ergonomia.	Médico do Trabalho, Aux. de Enfermagem do Trabalho	Fortalecer a prevenção e o autocuidado dos colaboradores.
	Análise de Acidentes e Ações Corretivas	Investigação detalhada dos acidentes registrados e implementação das medidas preventivas.	Técnico de Segurança, Eng. de Segurança	Reduzir reincidências e aperfeiçoar processos.
Mês 9	Integração com Outras Comissões	Reunião conjunta com CCIH, NSP e CIPA para discussão de incidentes e riscos ocupacionais.	SESMT, Direção Técnica	Promover gestão integrada de riscos e segurança institucional.
	Treinamento Avançado sobre PGR e PCMSO	Atualização dos responsáveis de setor sobre responsabilidades e controle de riscos.	Eng. de Segurança, Médico do Trabalho	Reforçar a cultura de responsabilidade compartilhada.
Mês 10	Auditoria Focada em Riscos	Avaliação detalhada em setores críticos	SESMT, CCIH	Garantir conformidade com a NR-32 (Segurança

	Biológicos e Químicos	(laboratório, CME, UTI, lavanderia).		em Serviços de Saúde).
	Relatório Quadrimestral III	Consolidação das ações do segundo semestre e análise comparativa de indicadores.	SESMT, Direção Médica	Avaliar avanços e planejar o ciclo seguinte.
Mês 11	Revisão e Atualização dos Programas (PGR/PCMSO)	Revisão técnica dos programas com base nos resultados e novos riscos identificados.	Eng. de Segurança, Médico do Trabalho	Manter conformidade legal e melhoria contínua.
	Capacitação sobre Saúde Mental e Riscos Psicossociais	Ações educativas sobre prevenção do estresse e burnout.	SESMT, RH, NEP	Promover saúde emocional e qualidade de vida.
Mês 12	Relatório Anual Consolidado e Planejamento 2026	Elaboração do relatório final com indicadores e plano de metas para o próximo ciclo.	SESMT, Direção Geral	Consolidar resultados e definir novas metas de segurança.
	Reunião de Encerramento e Reconhecimento	Apresentação dos resultados à gestão e reconhecimento das equipes com melhores índices de segurança.	SESMT, RH, Comunicação	Valorizar boas práticas e reforçar a cultura de segurança.

Referências:

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 4 – SESMT.*

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 5 – CIPA.*

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. *Norma Regulamentadora nº 7 – PCMSO*.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. *Norma Regulamentadora nº 9 – PGR*.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.213/1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e define a CAT.

2.1.7. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Nome: Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Descrição

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS, é uma instância técnica e operacional que visa promover a cultura de segurança, prevenir incidentes e eventos adversos e fortalecer a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde. Atua em consonância com as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Membros Componentes:

A composição mínima do NSP incluirá:

- Coordenador do NSP (preferencialmente com experiência em qualidade e segurança do paciente);
- Enfermeiro da Qualidade;
- Médico com formação em gestão da qualidade;
- Farmacêutico;
- Representante do Controle de Infecção Hospitalar;
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Direção de Enfermagem;
- Profissional de Análise de Risco (quando houver);
- Representante da Ouvidoria (quando houver);

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Instituir o NSP de forma estruturada com regimento interno;
- Disseminar a cultura da segurança do paciente em todos os setores;
- Implementar o Plano de Segurança do Paciente (PSP);
- Capacitar profissionais em boas práticas de segurança assistencial;
- Implantar e monitorar os protocolos obrigatórios de segurança do paciente;
- Realizar análise e tratamento dos eventos adversos notificados;
- Promover e estimular o uso sistemático do **Notivisa**.;
- Elaborar relatórios mensais de monitoramento das metas internacionais de segurança do paciente.

Frequência de Reuniões

- Reuniões mensais ordinárias;
- Reuniões extraordinárias conforme necessidade;
- As reuniões serão registradas em ata com pautas pré-definidas.

Controle pela Direção Médica

- A Direção Médica supervisionará a implementação das ações do NSP;
- Os relatórios serão enviados à Direção Médica para análise e providências;
- Os resultados dos indicadores de segurança do paciente serão discutidos com a gestão.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação e funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente.

Capítulo II – Composição

Art. 2º O NSP será composto por representantes das áreas técnico-assistenciais e de apoio.

Art. 3º Os membros serão indicados pela Direção Médica e têm mandato de 1 ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições do NSP:

- Elaborar o Plano de Segurança do Paciente;
- Implementar os protocolos de segurança obrigatórios;
- Promover capacitação e sensibilização das equipes;
- Avaliar notificações e eventos adversos;
- Monitorar indicadores e propor melhorias;
- Enviar relatórios à gestão.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º Reuniões mensais e extraordinárias conforme necessidade.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples.

Art. 7º O Coordenador terá voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 8º Os casos omissos serão resolvidos pelo NSP em conjunto com a Direção Médica.

Art. 9º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma de Implantação

Segue o Cronograma Anual Detalhado do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã/MS, estruturado segundo as diretrizes da RDC nº 36/2013, da Portaria nº 529/2013 (MS) e dos manuais da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Período: 1º Ano de Implantação

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação Formal do NSP e Definição dos Membros	Indicação dos representantes das áreas assistenciais e de apoio; elaboração do regimento interno e aprovação pela Direção.	Direção Médica, Coordenação do NSP	Estruturar o núcleo de forma oficial e regulamentada.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Capacitação Inicial em Segurança do Paciente	Treinamento introdutório sobre RDC 36/2013, cultura justa, gestão de risco e Notivisa.	NSP, NEP, RH	Qualificar a equipe para início das atividades.
Mês 2	Elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP)	Desenvolvimento do documento com objetivos, indicadores e protocolos obrigatórios.	NSP, Direção Técnica	Planejar a execução das ações prioritárias do núcleo.
Mês 2	Definição dos Protocolos de Segurança Obrigatórios	Seleção e adaptação dos seis protocolos obrigatórios (identificação, comunicação, medicação, cirurgia segura, quedas e úlceras).	NSP, Corpo Clínico, Enfermagem	Estabelecer o conjunto básico de práticas institucionais.
Mês 3	Implementação do PSP e Protocolos	Início da execução dos protocolos em todos os setores; criação dos fluxos de notificação e investigação de eventos adversos.	NSP, Coordenação de Enfermagem	Iniciar a operação formal das ações de segurança.
Mês 3	Campanha de Comunicação Institucional	Divulgação do NSP e suas metas para toda a instituição, com materiais educativos e painéis visuais.	NSP, Comunicação Interna	Disseminar a cultura de segurança e o engajamento dos profissionais.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 4	Monitoramento dos Indicadores e Eventos Adversos	Coleta inicial dos dados dos protocolos implantados e análise dos primeiros eventos notificados.	NSP, Qualidade	Avaliar a adesão e efetividade dos protocolos.
Mês 4	Relatório Quadrimestral I	Consolidação das atividades dos quatro primeiros meses e apresentação à Direção Médica.	NSP, Direção Técnica	Avaliar resultados iniciais e alinhar ações corretivas.
Mês 5	Capacitação Específica sobre Análise de Eventos Adversos	Treinamento dos membros do NSP e gestores em Análise de Causa Raiz (Protocolo de Londres) e FMEA.	NSP, NEP	Fortalecer a capacidade de investigação e melhoria contínua.
Mês 5	Campanha das Metas Internacionais de Segurança do Paciente	Ações de sensibilização voltadas às 6 metas da OMS.	NSP, Comunicação Interna	Aumentar a adesão dos profissionais às metas globais.
Mês 6	Auditoria de Aplicação dos Protocolos	Avaliação da adesão às práticas de segurança nos setores críticos (UTI, CME, centro cirúrgico).	NSP, Qualidade	Identificar lacunas e oportunidades de melhoria.
Mês 6	Integração com Outras Comissões	Reunião intercomissional (CCIH, CVO, Ética, Revisão de Prontuários) para	NSP, Direção Técnica	Promover abordagem multiprofissional e sinérgica.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		alinhamento de fluxos de notificação.		
Mês 7	Oficina de Cultura de Segurança e Comunicação Eficaz	Realização de workshop sobre comunicação assertiva, cultura justa e responsabilização positiva.	NSP, NEP, RH	Reforçar a cultura de segurança institucional.
Mês 7	Relatório Quadrimestral II	Apresentação dos resultados do segundo quadrimestre e revisão do plano de ação.	NSP, Direção Médica	Acompanhar a evolução e corrigir desvios.
Mês 8	Capacitação sobre Notificação de Incidentes no Notivisa	Treinamento técnico sobre uso e registro adequado dos eventos no sistema Notivisa.	NSP, TI, ANVISA	Garantir o cumprimento da notificação regulatória.
Mês 8	Campanha de Segurança do Paciente – Semana Temática	Realização de atividades educativas internas (17 de setembro – Dia Mundial da Segurança do Paciente).	NSP, Comunicação, Direção Técnica	Fortalecer a visibilidade do tema na instituição.
Mês 9	Revisão e Atualização dos Protocolos	Ajustes dos protocolos e indicadores com base nas análises realizadas.	NSP, Corpo Clínico	Melhorar a efetividade dos processos assistenciais.
Mês 9	Monitoramento Contínuo de Indicadores	Avaliação da tendência dos principais indicadores (quedas,	NSP, Qualidade	Garantir acompanhamento contínuo e

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		lesões, erros de medicação).		aprendizado institucional.
Mês 10	Relatório Quadrimestral III	Emissão de relatório com os avanços do terceiro quadrimestre e tendências de desempenho.	NSP, Direção Técnica	Consolidar resultados e evidenciar melhorias.
Mês 10	Auditoria Integrada com o NQSP e CCIH	Avaliação conjunta da correlação entre eventos adversos, infecção e segurança assistencial.	NSP, NQSP, CCIH	Promover integração sistêmica das comissões de qualidade.
Mês 11	Capacitação em Gestão de Risco e Segurança Avançada	Workshop sobre gestão de risco clínico, indicadores e planos de mitigação.	NSP, Direção Técnica	Avançar na maturidade da cultura de segurança.
Mês 11	Planejamento Estratégico 2026	Revisão das metas e definição das prioridades do ciclo seguinte.	NSP, Direção Médica	Garantir continuidade das ações e consolidação do núcleo.
Mês 12	Relatório Quadrimestral IV e Consolidado Anual	Relatório final com indicadores, metas atingidas e plano de ação para o próximo ano.	NSP, Direção Médica	Fechar o ciclo de implantação e formalizar resultados.
Mês 12	Reunião de Encerramento e	Apresentação pública dos resultados e reconhecimento das	NSP, RH, Comunicação	Reforçar o compromisso coletivo com a

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	Reconhecimento Institucional	unidades com melhores práticas.		segurança do paciente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2. ed. Brasília: MS, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 08 Outubro 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 08 outubro 2025.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 08 Outubro 2025.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient Safety Curriculum Guide*. Geneva: WHO, 2011.

BRASIL. **ANVISA**. *Protocolo Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080/1990**. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

2.1.8.Comissão de Gerenciamento de Riscos

Nome: Comissão de Gerenciamento de Risco (CGR)

Descrição

A Comissão de Gerenciamento de Risco (CGR) do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-consultiva e operacional vinculada à Direção Médica e ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Tem como finalidade planejar, coordenar, implementar e monitorar o **Programa de Gerenciamento de Riscos**, abrangendo riscos assistenciais, ocupacionais, ambientais, estruturais, tecnológicos e institucionais, promovendo a segurança de pacientes, profissionais, visitantes e da própria instituição.

A CGR atua em conformidade com as diretrizes da **RDC nº 36/2013, Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2022)** e princípios da **Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, integrando-se de forma transversal às demais comissões e núcleos da instituição (NSP, CCIH, CIPA, NEP, NVE, SAME, Farmácia, Engenharia Clínica e Manutenção).

Membros Componentes:

A composição mínima da CGR incluirá representantes multiprofissionais, indicados pela Direção Médica, com mandato de 1 (um) ano, renovável:

- Coordenador do Gerenciamento de Risco (profissional com formação ou experiência em gestão da qualidade e segurança);
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);
- Representante da Engenharia Clínica;
- Representante da Farmácia Hospitalar;
- Representante da Enfermagem;
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Manutenção Predial e Infraestrutura;
- Representante do NEP (Núcleo de Educação Permanente);
- Representante da Ouvidoria.

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Estruturar formalmente a Comissão de Gerenciamento de Risco com regimento interno aprovado;
- Mapear os riscos institucionais por macroprocessos (assistenciais e de apoio);
- Elaborar o **Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR)** integrado ao PSP;
- Definir a matriz de riscos com base em critérios de probabilidade e impacto;
- Implementar fluxos padronizados de identificação, notificação, avaliação e tratamento dos riscos;
- Promover capacitação continuada em gestão e análise de risco (FMEA, Ishikawa, Protocolo de Londres);
- Elaborar e divulgar relatórios mensais de riscos monitorados e ações mitigatórias;
- Promover interface contínua com o NSP e CCIH, integrando as ações de melhoria e mitigação de eventos adversos.

Frequência de Reuniões

- Reuniões ordinárias mensais;
- Reuniões extraordinárias conforme necessidade;
- Todas as reuniões deverão ser registradas em ata, com pauta, deliberações e encaminhamentos definidos.

Controle pela Direção Médica

- A Direção Médica supervisionará o desenvolvimento e a implementação do Programa de Gerenciamento de Riscos;
- Os relatórios técnicos e planos de ação da CGR serão encaminhados à Direção Médica e à Direção Administrativa para análise e deliberação;
- As informações consolidadas de riscos e indicadores serão apresentadas periodicamente à gestão hospitalar e ao NQSP.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da Comissão de Gerenciamento de Risco do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CGR será composta por representantes das áreas assistenciais, administrativas, de apoio e infraestrutura.

Art. 3º Os membros serão indicados pela Direção Médica e terão mandato de 1 (um) ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CGR:

- Elaborar e manter atualizado o **Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR)**;
- Coordenar o processo de **identificação, análise e priorização de riscos**;
- Realizar a **análise de causas e planos de mitigação** para os riscos críticos;
- Manter interface com as comissões técnicas e áreas de apoio;
- Acompanhar e avaliar **indicadores de risco e planos de ação corretiva e preventiva**;
- Promover cultura organizacional de gestão de risco e segurança;
- Realizar **auditorias internas e revisões periódicas** do PGR;
- Emitir relatórios periódicos à Direção Médica e ao NQSP.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões serão realizadas mensalmente e, extraordinariamente, conforme necessidade.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CGR em conjunto com a Direção Médica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção do hospital.

Cronograma de atividades anual

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação do Programa de Gerenciamento de Risco (PGR)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CGR e designação dos membros	Indicação dos representantes e elaboração do regimento interno.	Direção Médica, Coordenação CGR	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Capacitação em gestão de risco e ferramentas de análise	Treinamento introdutório em FMEA, Protocolo de Londres e Ishikawa.	CGR, NEP	Qualificar a equipe técnica.
Mês 3	Mapeamento de riscos institucionais	Levantamento dos riscos por processo assistencial e de apoio.	CGR, NQSP, CCIH	Construir a base do PGR.
Mês 4	Elaboração do Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR)	Consolidação do mapeamento, classificação de riscos e definição de planos de mitigação.	CGR, Direção Técnica	Formalizar o plano institucional de risco.
Mês 5	Implementação de plano de mitigação nos setores críticos	Aplicação dos planos de ação em UTI, Centro Cirúrgico e CME.	CGR, Enfermagem, SESMT	Reduzir riscos críticos identificados.
Mês 6	Monitoramento inicial e análise de resultados	Coleta e avaliação de indicadores e eventos relacionados aos riscos.	CGR, Qualidade	Avaliar efetividade das ações.

Mês 7	Integração com NSP e CCIH	Alinhamento dos riscos relacionados a segurança do paciente e infecção.	CGR, NSP, CCIH	Promover sinergia e aprendizado institucional.
Mês 8	Auditoria interna de riscos	Avaliação da aderência dos setores ao PGR e revisão de controles.	CGR, NQSP	Garantir conformidade e melhoria contínua.
Mês 9	Revisão do PGR e atualização da matriz de risco	Ajustes e priorizações conforme resultados obtidos.	CGR, Direção Técnica	Atualizar a gestão de riscos.
Mês 10	Capacitação avançada em mitigação e indicadores	Workshop sobre mensuração de risco e planos de contingência.	CGR, NEP	Aumentar maturidade da gestão de risco.
Mês 11	Relatório consolidado de resultados	Apresentação de resultados do PGR à Direção.	CGR, Direção Médica	Evidenciar evolução e impacto institucional.
Mês 12	Reunião de encerramento e reconhecimento	Apresentação pública dos avanços e plano para o próximo ciclo.	CGR, Comunicação Interna	Reforçar o engajamento e a cultura de segurança.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2. ed. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety Curriculum Guide. Geneva: WHO, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

2.1.9. Comitê Transfusional

Nome: Comitê Transfusional (CT)

Descrição

O **Comitê Transfusional (CT)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-consultiva multiprofissional vinculada à **Direção Técnica** e ao **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**, com o propósito de **garantir o uso racional, seguro e adequado do sangue e hemocomponentes**.

Atua de forma integrada com o serviço de hemoterapia/hospital de referência, assegurando que os processos de **indicação, solicitação, transfusão e acompanhamento do paciente** estejam alinhados às boas práticas preconizadas pela **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)** e pelo **Ministério da Saúde**, de acordo com as resoluções vigentes e padrões de acreditação da **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**.

O CT é responsável por acompanhar eventos transfusionais, revisar protocolos, capacitar profissionais e promover ações de melhoria contínua na segurança transfusional e na qualidade da assistência.

Membros Componentes:

A composição mínima do Comitê Transfusional incluirá representantes das principais áreas envolvidas na cadeia transfusional, com mandato de 1 (um) ano, renovável:

- Coordenador do Comitê Transfusional (médico preferencialmente com título de especialista em hematologia, hemoterapia ou áreas afins);
- Representante da Direção Técnica;
- Representante do Serviço de Hemoterapia ou do Hemocentro de Referência;

- Representante da Enfermagem Assistencial;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante da Farmácia Hospitalar;
- Representante do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística);
- Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Representante da Ouvidoria (quando houver).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Instituir o Comitê Transfusional de forma estruturada e com regimento interno aprovado pela Direção;
- Elaborar e implantar o **Plano de Segurança Transfusional (PST)**;
- Padronizar fluxos de requisição, liberação, transporte, administração e rastreabilidade de hemocomponentes;
- Garantir a **notificação e investigação de reações transfusionais imediatas e tardias**;
- Realizar **análises mensais das transfusões realizadas**, identificando indicadores de conformidade e racionalidade;
- Promover **capacitação contínua** sobre boas práticas transfusionais;
- Realizar **auditorias internas e revisões de protocolos** de hemotransusão;
- Promover interface contínua com o **NQSP**, **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** e **Comissão de Gerenciamento de Risco (CGR)**.

Frequência de Reuniões

- Reuniões ordinárias mensais;
- Reuniões extraordinárias conforme necessidade (ex.: em casos de eventos transfusionais graves);
- Todas as reuniões deverão ser registradas em **ata formal**, com pautas, deliberações e responsáveis pelas ações.

Controle pela Direção Técnica

- A Direção Técnica supervisionará o funcionamento e as ações do CT;

- Os **relatórios técnicos mensais e trimestrais** deverão ser encaminhados à Direção Técnica e à Direção Médica Corporativa;
- Os **indicadores transfusionais e de segurança** serão discutidos periodicamente com a gestão hospitalar e o NQSP.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento do Comitê Transfusional do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º O CT será composto por representantes das áreas assistenciais e de apoio técnico envolvidas nos processos transfusionais.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Técnica e terão mandato de 1 (um) ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições do Comitê Transfusional:

- Elaborar o **Plano de Segurança Transfusional (PST)** e monitorar sua execução;
- Avaliar e validar os **protocolos transfusionais institucionais**;
- Acompanhar as **solicitações e utilizações de hemocomponentes**, garantindo uso racional;
- Monitorar e investigar **reações transfusionais**;
- Promover **educação permanente** em práticas seguras de transfusão;
- Definir e acompanhar **indicadores de desempenho transfusional**;
- Promover **integração com o Hemocentro de Referência** e demais comissões correlatas;
- Emitir **relatórios técnicos periódicos** à Direção e à Vigilância Sanitária quando aplicável.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e extraordinariamente conforme necessidade.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de desempate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pelo CT em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma de atividades anual

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação do Comitê Transfusional

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Constituição formal do Comitê Transfusional	Designação dos membros e elaboração do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CT	Estruturar formalmente o comitê.
Mês 2	Capacitação introdutória em práticas transfusionais seguras	Treinamento teórico-prático para equipe assistencial e corpo clínico.	CT, NEP	Garantir conhecimento técnico mínimo.
Mês 3	Elaboração do Plano de Segurança Transfusional (PST)	Definição dos fluxos, responsabilidades e indicadores.	CT, NQSP, Hemorrede	Formalizar o plano institucional.
Mês 4	Implementação dos fluxos transfusionais padronizados	Aplicação dos novos formulários, protocolos e checklists.	CT, Enfermagem	Garantir rastreabilidade e segurança.
Mês 5	Início do monitoramento de indicadores	Coleta inicial dos dados de consumo, devolução e reações.	CT, SAME	Estabelecer linha de base.

Mês 6	Auditoria de requisições e transfusões	Avaliação da conformidade das solicitações e do uso de hemocomponentes.	CT, Qualidade	Garantir uso racional e seguro.
Mês 7	Integração com o Hemocentro e comissões correlatas	Alinhamento de fluxos com CCIH, CGR e NQSP.	CT, Hemocentro	Promover integração técnica.
Mês 8	Investigação e análise de reações transfusionais	Aplicação do Protocolo Nacional de Hemovigilância.	CT, NQSP	Fortalecer cultura de segurança.
Mês 9	Revisão dos protocolos transfusionais	Atualização conforme resultados e legislações vigentes.	CT, Direção Técnica	Manter conformidade e atualização.
Mês 10	Campanha de segurança transfusional	Ações educativas internas e divulgação dos resultados.	CT, Comunicação, NEP	Estimular engajamento da equipe.
Mês 11	Relatório consolidado de eventos e indicadores	Apresentação de resultados e planos de ação.	CT, Direção Técnica	Monitorar e aprimorar o processo.
Mês 12	Reunião de encerramento e planejamento 2026	Avaliação do ciclo e definição de metas para o próximo ano.	CT, Direção Médica	Garantir sustentabilidade das ações.

Referenciais

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia para o uso racional de hemocomponentes. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Anexo IV – Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.

BRASIL. **Resolução RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010**. Estabelece as Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Hemoterapia.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001**. Regulamenta o §4º do art. 199 da Constituição Federal sobre a coleta, processamento e uso de sangue.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Blood Transfusion Safety: Recommendations for Developing Countries**. Geneva: WHO, 2020.

2.1.10. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Nome: Comissão de Farmácia e Terapêutica

A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é um órgão técnico-consultivo, multiprofissional e permanente, vinculado à **Direção Técnica**, à **Farmácia Hospitalar** e ao **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**.

Sua função principal é **garantir o uso racional, seguro e efetivo de medicamentos e produtos para a saúde**, conforme os princípios da **Política Nacional de Medicamentos (PNM)** e da **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)**.

A CFT atua na **padronização de medicamentos, avaliação terapêutica, gestão de protocolos clínicos, farmacovigilância e educação permanente**, contribuindo diretamente para a **segurança do paciente e a eficiência assistencial**.

A atuação da CFT segue as diretrizes da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, **Ministério da Saúde**, e as recomendações da **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**, sendo elemento essencial do sistema de governança clínica e farmacológica da instituição.

Membros Componentes:

A Comissão será composta por profissionais de diversas áreas da saúde, garantindo uma abordagem multidisciplinar nas decisões relacionadas à farmacoterapia. A composição mínima incluirá:

- **Presidente (preferencialmente, o RT Farmácia):** Farmacêutico responsável pela Comissão.
- **Médico Representante:** Um médico de diferentes especialidades, designado pela Direção Técnica.
- **Enfermeiro Representante:** Profissional da enfermagem com experiência em farmacologia.
- **Farmacêutico Hospitalar:** Responsável pela gestão da farmácia hospitalar e das práticas de farmacoterapia.
- **Nutricionista:** Responsável por contribuir com a avaliação de terapias nutricionais envolvendo medicamentos.
- **Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):** Para garantir a segurança dos medicamentos utilizados em infecções.
- **Representante de Suprimentos:** Responsável pela gestão de recursos e fornecimento de medicamentos.
- Enfermeiro representante da Direção de Enfermagem;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Representante da Comissão de Gerenciamento de Risco (CGR).

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá como principal objetivo assegurar a utilização racional e segura de medicamentos, promovendo práticas que garantam a eficácia do tratamento e a segurança do paciente.

- Elaborar e atualizar a lista de medicamentos essenciais e formulários terapêuticos.
- Avaliar e aprovar novos medicamentos e terapias propostas para uso no hospital.
- Monitorar e analisar os eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos.

- Promover capacitações e treinamentos sobre o uso seguro de medicamentos para a equipe de saúde.
- Implementar e revisar protocolos de administração de medicamentos.
- Realizar auditorias periódicas sobre a utilização de medicamentos e práticas farmacológicas.
- Desenvolver campanhas educativas para pacientes e familiares sobre o uso de medicamentos.
- Elaborar e implantar o Formulário Terapêutico Institucional (FTI);
- Garantir a padronização e atualização contínua da lista de medicamentos e correlatos;
- Avaliar tecnicamente as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos;
- Promover o uso racional de medicamentos, com foco na segurança e na eficácia terapêutica;
- Implantar rotinas de farmacovigilância e tecnovigilância;
- Estabelecer protocolos terapêuticos institucionais alinhados às diretrizes clínicas nacionais;
- Promover capacitação periódica sobre o uso seguro de medicamentos;
- Elaborar relatórios de consumo, custo, eventos adversos e conformidade terapêutica;
- Integrar as ações com o NQSP, CGR, CCIH e Comitê Transfusional, fortalecendo a governança da segurança assistencial.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão mensalmente.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou pela Direção Técnica em casos emergenciais, como identificação de eventos adversos significativos, especialmente em situações de risco, escassez de insumos ou novos medicamentos;.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Técnica

- A Direção Técnica será responsável por supervisionar as ações recomendadas pela Comissão, garantindo a implementação das diretrizes de uso de medicamentos.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados pela Comissão serão encaminhados à Direção Técnica para análise e encaminhamento às instâncias superiores quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais, contendo dados sobre a utilização de medicamentos, eventos adversos e propostas de intervenções.
- Os resultados e indicadores de desempenho farmacoterapêutico serão apresentados periodicamente ao NQSP e à gestão hospitalar.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo, normativo e executivo, sendo responsável pela promoção do uso seguro e eficaz de medicamentos.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por profissionais da saúde de diferentes áreas, conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Técnica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- Elaborar e revisar a lista de medicamentos essenciais e terapias aprovadas;
- Avaliar e aprovar novos medicamentos para uso hospitalar;
- Monitorar eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos;
- Promover ações educativas sobre o uso seguro de medicamentos;
- Implementar e revisar protocolos de administração de medicamentos;
- Realizar auditorias sobre práticas farmacológicas e utilização de medicamentos;
- Integrar-se com outros setores para garantir a segurança dos pacientes;

- Garantir a confidencialidade e ética na análise de eventos adversos e medicamentos.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Presidente da Comissão terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica.

Cronograma de Implantação da Comissão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CFT e nomeação dos membros	Elaboração do regimento interno e aprovação pela Direção Técnica.	Direção Técnica, Coordenação CFT	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Capacitação inicial sobre políticas de medicamentos e boas práticas	Treinamento sobre RDC 67/2007, RDC 44/2009 e protocolos de segurança medicamentosa.	CFT, NEP	Qualificar a equipe técnica.
Mês 3	Elaboração do Formulário Terapêutico Institucional (FTI)	Seleção e padronização dos medicamentos de acordo com protocolos clínicos.	CFT, Farmácia, Corpo Clínico	Estabelecer base de referência terapêutica.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 4	Definição de protocolos terapêuticos prioritários	Identificação de condições clínicas prevalentes e protocolos de referência.	CFT, NQSP, Corpo Clínico	Promover uniformidade terapêutica.
Mês 5	Implantação do sistema de farmacovigilância	Definição de fluxos e formulários para registro de eventos adversos a medicamentos (RAM).	CFT, NQSP	Reduzir riscos relacionados a medicamentos.
Mês 6	Auditoria de uso e consumo de medicamentos	Avaliação de consumo, custos e conformidade com o FTI.	CFT, Farmácia, Administração	Garantir uso racional e sustentável.
Mês 7	Integração com demais comissões e serviços	Alinhamento das práticas da CFT com NSP, CGR e CCIH.	CFT, Direção Técnica	Fortalecer a integração institucional.
Mês 8	Campanha de Segurança no Uso de Medicamentos	Semana temática de sensibilização e boas práticas medicinais.	CFT, Comunicação, NEP	Engajar os profissionais na cultura de segurança.
Mês 9	Revisão semestral do FTI e protocolos	Atualização conforme evidências e novas incorporações terapêuticas.	CFT, Direção Técnica	Manter padronização atualizada.
Mês 10	Capacitação avançada em farmacovigilância e	Workshop sobre análise de eventos adversos e	CFT, NEP, NQSP	Elevar maturidade técnica e científica.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	análise crítica de dados	indicadores de desempenho.		
Mês 11	Elaboração de relatório anual da CFT	Consolidação das atividades, indicadores e recomendações.	CFT, Direção Técnica	Demonstrar resultados e evolução da comissão.
Mês 12	Planejamento e metas para o próximo ciclo	Revisão das prioridades e cronograma para 2026.	CFT, Direção Médica	Assegurar continuidade e melhoria contínua.

Referências

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Normas sobre Medicamentos e Farmacovigilância*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 08 out. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre as Boas Práticas de Manipulação em Farmácias.

BRASIL. **RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Good Pharmacy Practice Guidelines**. Geneva: WHO, 2011.

2.1.11. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

Nome: Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

A **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (CRSS)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnica e operacional multiprofissional, vinculada à **Direção Administrativa**, à **Gerência de Facilities** e ao **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**.

Seu objetivo é **garantir o manejo adequado dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)**, assegurando conformidade com as normas sanitárias, ambientais e de segurança ocupacional, além de promover a sustentabilidade institucional e a proteção da saúde pública e do meio ambiente.

A CRSS atua na **gestão, controle, capacitação e monitoramento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)**, abrangendo todas as etapas — geração, segregação, acondicionamento, coleta, transporte interno, armazenamento, tratamento e destinação final dos resíduos — conforme as diretrizes da **ANVISA, CONAMA e Ministério do Meio Ambiente**.

Membros Componentes:

A composição mínima da CRSS incluirá profissionais das áreas assistenciais, técnicas e administrativas, com mandato de 1 (um) ano, renovável, indicados pela Direção Administrativa:

- **Presidente:** preferencialmente Engenheiro Ambiental, Engenheiro de Segurança do Trabalho ou profissional designado pelo setor de Facilities;
- Representante da Direção Administrativa;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Representante da Manutenção e Infraestrutura;
- Representante do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística);
- Representante da Nutrição e Dietética;
- Representante do Serviço de Limpeza Urbana ou empresa terceirizada responsável pela coleta externa.
- Profissional da área de saúde ou meio ambiente, designado pela Direção Técnica.
- Médico Representante: Um médico com experiência em saúde pública ou controle de infecções.

- Enfermeiro Representante: Profissional da enfermagem com conhecimento em manejo de resíduos.
- Farmacêutico: Responsável por orientar sobre o descarte de medicamentos e produtos químicos.
- Técnico de Segurança do Trabalho: Para garantir a segurança dos trabalhadores envolvidos na gestão de resíduos.
- Representante do Serviço de Higiene e Limpeza: Para assegurar a correta execução das práticas de limpeza e descarte.

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde terá como principal objetivo implementar e monitorar práticas de gestão de resíduos, garantindo a segurança e a conformidade com as normas vigentes.

- Estruturar formalmente a **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (CRSS)** com regimento interno aprovado;
- Elaborar, revisar e implementar o **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** conforme RDC nº 222/2018 e Resolução CONAMA nº 358/2005;
- Garantir a **segregação, identificação, acondicionamento e destinação adequada** dos resíduos;
- Implantar e monitorar **indicadores de desempenho ambiental e de segurança**;
- Promover **capacitação continuada** sobre o manejo adequado dos resíduos e riscos associados;
- Realizar **auditorias internas e inspeções periódicas** nos setores geradores;
- Manter **interface com órgãos ambientais e sanitários**;
- Estimular a **cultura de sustentabilidade**, com redução de resíduos e racionalização do uso de insumos;
- Elaborar **relatórios mensais e anuais** sobre a gestão de resíduos, evidenciando conformidade e melhorias.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da Comissão ocorrerão mensalmente.

- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou pela Direção Técnica em casos emergenciais, como incidentes relacionados ao manejo de resíduos, em casos de irregularidades, notificações ou inspeções externas.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Técnica

- A **Direção Administrativa** supervisionará o funcionamento da CRSS e a execução do PGRSS;
- Os **relatórios técnicos e indicadores ambientais** serão encaminhados à Direção Geral e ao NQSP;
- As **não conformidades** serão tratadas com planos de ação corretivos e preventivos, monitorados pela comissão;
- A **Direção** garantirá os recursos e condições para a execução segura das atividades de gestão de resíduos.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo, normativo e executivo, sendo responsável pela gestão adequada dos resíduos gerados no hospital.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão será composta por profissionais da saúde e meio ambiente, conforme descrito na seção de Membros Componentes:

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Técnica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão:

- Elaborar e revisar o plano de gerenciamento de resíduos de saúde;
- Promover a segregação, rotulagem e armazenamento adequado dos resíduos;

- Conduzir capacitações sobre manejo seguro de resíduos para a equipe;
- Monitorar a quantidade e a natureza dos resíduos gerados;
- Propor melhorias nas práticas de gestão de resíduos;
- Desenvolver campanhas educativas sobre a importância do manejo adequado de resíduos;
- Garantir a confidencialidade e ética na análise de incidentes relacionados a resíduos.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Presidente da Comissão terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica.

Cronograma de Implantação da Comissão

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (CRSS)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CRSS e nomeação dos membros	Designação dos representantes, elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Administrativa, Coordenação CRSS	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico inicial dos resíduos gerados	Levantamento dos tipos e volumes de resíduos por setor.	CRSS, Facilities, SESMT	Obter dados para planejamento do PGRSS.

Mês 3	Elaboração ou revisão do PGRSS	Redação do documento conforme RDC 222/2018 e Resolução CONAMA 358/2005.	CRSS, NQSP, Direção Técnica	Assegurar conformidade legal e ambiental.
Mês 4	Treinamento sobre manejo e segregação de resíduos	Capacitação de colaboradores sobre boas práticas e EPIs.	CRSS, NEP, SESMT	Prevenir acidentes e contaminações.
Mês 5	Implementação das rotinas padronizadas	Aplicação de rotinas de segregação, coleta e transporte interno.	CRSS, Higienização, Enfermagem	Garantir a operacionalização do PGRSS.
Mês 6	Avaliação de conformidade e auditoria interna	Verificação da adequação dos fluxos e indicadores ambientais.	CRSS, NQSP	Monitorar resultados e propor melhorias.
Mês 7	Integração com CCIH e CGR	Alinhamento de ações preventivas e análise de riscos ambientais.	CRSS, CCIH, CGR	Fortalecer a abordagem multiprofissional.
Mês 8	Campanha de Educação Ambiental	Semana temática com foco em sustentabilidade e segurança.	CRSS, Comunicação Interna	Sensibilizar e engajar os colaboradores.
Mês 9	Revisão e atualização do PGRSS	Atualização conforme resultados e legislação vigente.	CRSS, Direção Técnica	Garantir melhoria contínua.
Mês 10	Monitoramento de indicadores ambientais	Avaliação dos dados de geração, transporte e destinação final.	CRSS, Facilities	Mensurar eficiência e sustentabilidade.

Mês 11	Relatório anual e apresentação de resultados	Consolidação dos dados e apresentação à Direção.	CRSS, NQSP	Evidenciar evolução e boas práticas.
Mês 12	Planejamento estratégico 2026	Definição de metas, indicadores e ações futuras.	CRSS, Direção Administrativa	Garantir continuidade e aprimoramento.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 306/2004**. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 08 out. 2025.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE (CONAMA). **Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005**. Dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. **Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe management of wastes from health-care activities**. Geneva: WHO, 2014.

2.1.12. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT)

Nome: Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT)

Descrição

A **Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-consultiva e de assessoramento

vinculada à **Direção Técnica**, à **Gerência Assistencial** e ao **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**.

Sua finalidade é **garantir o uso seguro, racional e eficaz da terapia nutricional** (enteral e parenteral), promovendo o cuidado interdisciplinar, o monitoramento clínico e nutricional dos pacientes, a segurança na prescrição, preparo, administração e acompanhamento nutricional, conforme as normas da **ANVISA, CFN, CFM, COFEN, CFF e CREFITO**.

A CMT atua na padronização, supervisão e avaliação das práticas de terapia nutricional, contribuindo para a **qualidade da assistência, segurança do paciente e eficiência terapêutica**, em consonância com o **Manual de Boas Práticas de Terapia Nutricional** e com as políticas de saúde vigentes.

Membros Componentes:

A composição da **CMT** é multiprofissional e interdisciplinar, com mandato de 1 (um) ano, renovável, designada pela **Direção Técnica**:

- Coordenador da CMT (preferencialmente Nutricionista com experiência em terapia nutricional);
- Médico Responsável Técnico pela Terapia Nutricional;
- Farmacêutico Responsável Técnico pela Nutrição Parenteral;
- Enfermeiro com atuação em terapia nutricional;
- Fisioterapeuta com interface no suporte ventilatório e deglutição;
- Representante da Direção Técnica;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Representante da Engenharia Clínica (quando aplicável).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Estruturar formalmente a **Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT)** com regimento interno aprovado;
- Elaborar e implantar o **Protocolo Institucional de Terapia Nutricional** (enteral e parenteral);
- Garantir a conformidade com as **RDC nº 503/2021** e **RDC nº 63/2000** da ANVISA;
- Promover o uso racional e seguro dos produtos nutricionais;

- Implantar indicadores de monitoramento da terapia nutricional (tempo de início, adequação calórico-proteica, interrupções, complicações, etc.);
- Implementar o **Plano de Capacitação Continuada em Terapia Nutricional**;
- Avaliar e monitorar eventos adversos relacionados à nutrição (obstruções, contaminações, erros de prescrição ou administração);
- Integrar as ações da CMT ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Elaborar relatórios trimestrais e anuais sobre a qualidade da terapia nutricional prestada.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais** para acompanhamento dos casos e revisão de protocolos;
- **Reuniões extraordinárias** sempre que houver necessidade técnica ou emergencial;
- As reuniões serão registradas em **ata formal**, contendo pautas, deliberações e encaminhamentos.

Controle pela Direção Técnica

- A **Direção Técnica** supervisionará a execução das ações da CMT;
- Os **relatórios técnicos e indicadores de terapia nutricional** deverão ser apresentados periodicamente à Direção Técnica e ao NQSP;
- As **recomendações técnicas da CMT** deverão subsidiar as decisões clínicas e gerenciais do hospital;
- A **Direção** garantirá os recursos necessários à execução segura das práticas nutricionais.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CMT será composta por profissionais de diferentes áreas envolvidos na prescrição, preparo, administração e monitoramento da terapia nutricional.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Técnica e terão mandato de 1 (um) ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CMT:

- Elaborar e revisar o **Protocolo Institucional de Terapia Nutricional**;
- Avaliar e validar as indicações de terapia nutricional enteral e parenteral;
- Garantir o cumprimento das normas técnicas e sanitárias vigentes;
- Supervisionar as práticas de prescrição, preparo e administração da nutrição;
- Analisar eventos adversos e propor **ações corretivas e preventivas**;
- Monitorar e avaliar **indicadores de qualidade e desempenho**;
- Assegurar a **capacitação permanente das equipes** envolvidas;
- Promover interface com as comissões correlatas (CFT, NSP, CGR, CRSS);
- Elaborar **relatórios técnicos periódicos** e propor melhorias nos processos.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, extraordinariamente, conforme necessidade.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CMT em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo

Mês 1	Criação formal da CMT e nomeação dos membros	Designação dos representantes e elaboração do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CMT	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Capacitação introdutória em terapia nutricional	Treinamento sobre diretrizes da ANVISA e boas práticas.	CMT, NEP	Qualificar equipe multiprofissional.
Mês 3	Elaboração do Protocolo Institucional de Terapia Nutricional	Definição de fluxos, critérios e responsabilidades.	CMT, Direção Técnica	Padronizar práticas institucionais.
Mês 4	Implementação dos protocolos e fluxos	Aplicação das rotinas nos setores clínicos e de apoio.	CMT, Enfermagem, Farmácia	Iniciar padronização assistencial.
Mês 5	Definição e monitoramento dos indicadores	Seleção de indicadores de qualidade e segurança.	CMT, NQSP	Acompanhar resultados e conformidade.
Mês 6	Auditoria das práticas nutricionais	Verificação da aderência às normas e protocolos.	CMT, Qualidade	Identificar oportunidades de melhoria.
Mês 7	Integração com a CFT e NSP	Alinhamento de práticas e fluxos conjuntos.	CMT, CFT, NSP	Fortalecer a abordagem integrada.
Mês 8	Campanha “Segurança e Nutrição”	Ações educativas sobre uso racional da terapia nutricional.	CMT, Comunicação, NEP	Promover cultura de segurança.
Mês 9	Análise de eventos e complicações	Revisão de incidentes nutricionais e causas associadas.	CMT, NQSP	Prevenir recorrências e riscos.
Mês 10	Revisão do protocolo e atualização técnica	Ajuste conforme evidências e boas práticas.	CMT, Direção Técnica	Garantir atualização contínua.
Mês 11	Relatório anual da CMT	Consolidação de dados, ações e resultados alcançados.	CMT, Direção Técnica	Demonstrar desempenho institucional.

Mês 12	Planejamento estratégico 2026	Definição de metas e plano de continuidade.	CMT, Direção Técnica	Garantir sustentabilidade das ações.

Referências

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Terapia Nutricional.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. Dispõe sobre os requisitos para funcionamento de Unidades de Terapia Nutricional.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 680, de 2021**. Dispõe sobre a atuação do nutricionista em terapia nutricional.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 658, de 2018**. Regulamenta a atuação do farmacêutico em nutrição parenteral.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 453, de 2014**. Dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nutritional Care in Hospitals: Global Guidelines**. Geneva: WHO, 2021.

2.1.13. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias

Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE)

Nome: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE)**Descrição**

A **Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-consultiva multiprofissional vinculada à **Direção Técnica**, à **Gerência de Enfermagem** e ao **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**.

Tem por finalidade **implementar, padronizar e monitorar práticas seguras e baseadas em evidências** relacionadas à prevenção, avaliação e tratamento de feridas agudas e crônicas, além do cuidado integral à pessoa com estomia, garantindo qualidade assistencial, humanização e reabilitação funcional.

A comissão atua em conformidade com as políticas nacionais de atenção à saúde da pessoa com estomia e à prevenção de lesões, como as **Portarias nº 400/2009** e nº **793/2012**, a **RDC nº 36/2013**, a **Portaria nº 529/2013**, e os requisitos da **ONA (2022)**, integrando-se de forma transversal às demais comissões e serviços assistenciais da instituição.

Membros Componentes:

A **CPTFE** é composta por profissionais multiprofissionais indicados pela **Direção Técnica**, com mandato de 1 (um) ano, renovável, conforme perfil técnico-assistencial:

- Presidente: Enfermeiro Estomaterapeuta ou Enfermeiro com formação/experiência em tratamento de feridas e estomias;
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Enfermagem;
- Representante do Corpo Clínico (médico cirurgião ou clínico geral);
- Representante da Fisioterapia;
- Representante da Nutrição Clínica;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Representante da Farmácia Hospitalar;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Representante do Serviço Social (quando aplicável).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Estruturar formalmente a **CPTFE** com regimento interno aprovado pela Direção Técnica;
- Elaborar e implementar o **Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias**;

- Implantar fluxos de avaliação, registro e acompanhamento sistemático dos pacientes;
- Garantir o uso racional e padronizado de coberturas e produtos para feridas;
- Estabelecer **indicadores clínicos** (incidência e prevalência de lesões, tempo de cicatrização, taxa de reabertura, eventos adversos, etc.);
- Capacitar continuamente os profissionais assistenciais em boas práticas de cuidado com feridas e estomias;
- Implementar o **plano de acompanhamento da pessoa estomizada**, com foco na reabilitação e reintegração social;
- Realizar auditorias e revisões de prontuários para avaliação da adesão aos protocolos;
- Integrar as ações da comissão com o **NSP, CMT, CFT, CCIH e CGR**.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais** para acompanhamento das ações e revisão de casos clínicos;
- **Reuniões extraordinárias** conforme necessidade, especialmente para casos de eventos adversos ou situações complexas;
- Todas as reuniões serão registradas em **ata formal**, contendo pautas, deliberações e encaminhamentos.

Controle pela Diretoria de Enfermagem

- A **Diretoria de Enfermagem** supervisionará o desenvolvimento e execução das ações da CPTFE;
- Os **relatórios técnicos e indicadores assistenciais** serão encaminhados à Direção Técnica e ao NQSP;
- As **deliberações da comissão** deverão ser consideradas na gestão de materiais, treinamentos e indicadores de qualidade assistencial.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CPTFE será composta por profissionais das áreas assistenciais e de apoio técnico envolvidos na avaliação, tratamento e acompanhamento de feridas e estomias.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Técnica, com mandato de 1 (um) ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CPTFE:

- Elaborar, revisar e implantar o **Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias**;
- Avaliar, discutir e padronizar **materiais e coberturas utilizadas**;
- Realizar **consultoria técnica e acompanhamento de casos clínicos**;
- Promover **capacitação e atualização técnica** das equipes multiprofissionais;
- Realizar **auditorias e monitoramentos de indicadores clínicos e assistenciais**;
- Investigar **eventos adversos relacionados a lesões e feridas**;
- Garantir integração entre setores para **linha de cuidado da pessoa com estomia**;
- Emitir **pareceres técnicos e relatórios periódicos** à Direção;
- Promover **ações educativas e campanhas preventivas** sobre integridade cutânea e autocuidado.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, extraordinariamente, conforme necessidade.

Art. 6º As deliberações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CPTFE em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CPTFE e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Enfermagem, Direção Técnica, Coordenação CPTFE	Estruturar formalmente a comissão.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 2	Diagnóstico institucional das práticas de cuidado com feridas e estomias	Levantamento das práticas existentes e recursos disponíveis.	CPTFE, NQSP	Identificar fragilidades e oportunidades.
Mês 3	Elaboração do Protocolo Institucional de Feridas e Estomias	Definição de fluxos, técnicas, materiais e responsabilidades.	CPTFE, Direção Técnica e Direção Enfermagem	Padronizar condutas institucionais.
Mês 4	Capacitação inicial das equipes assistenciais	Treinamento sobre prevenção de lesões, técnicas de curativo e manejo de estomias.	CPTFE, NEP	Elevar a qualidade e segurança do cuidado.
Mês 5	Implementação do protocolo e linha de cuidado	Aplicação das rotinas nos setores de internação e ambulatório.	CPTFE, Enfermagem, Corpo Clínico	Iniciar padronização e acompanhamento.
Mês 6	Definição e monitoramento dos indicadores assistenciais	Criação dos indicadores de incidência e prevalência de lesões.	CPTFE, NQSP	Monitorar evolução e impacto clínico.
Mês 7	Integração com as demais comissões	Alinhamento com CCIH, CFT, CMT e NSP.	CPTFE, Direção Enfermagem	Garantir abordagem multidisciplinar.
Mês 8	Campanha “Pele Íntegra, Cuidado Seguro”	Ações educativas internas de prevenção de lesões por pressão e cuidados com estomias.	CPTFE, Comunicação Interna	Engajar equipes na cultura de segurança.
Mês 9	Auditoria interna de adesão ao protocolo	Avaliação da conformidade das práticas clínicas.	CPTFE, Qualidade	Identificar melhorias e boas práticas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 10	Revisão de casos clínicos e discussão multiprofissional	Apresentação de casos complexos e lições aprendidas.	CPTFE, NEP	Aprimorar o processo de decisão clínica.
Mês 11	Relatório consolidado de resultados	Análise dos indicadores e registro de ações de melhoria.	CPTFE, Direção Enfermagem	Evidenciar desempenho institucional.
Mês 12	Planejamento Estratégico 2026	Definição de novas metas e plano de continuidade.	CPTFE, Direção Enfermagem	Garantir sustentabilidade das ações.

Referências Bibliográficas (ABNT)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Institui as diretrizes nacionais para a atenção à saúde da pessoa com estomia.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 567, de 29 de janeiro de 2018**. Regulamenta a atuação do enfermeiro estomaterapeuta.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Guidelines on the Prevention and Management of Pressure Ulcers**. Geneva: WHO, 2021.

BRASIL. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)**. Resolução nº 429, de 2013. Dispõe sobre a atuação do fisioterapeuta na prevenção e tratamento de feridas.

2.1.14. Outras Comissões:

2.1.14.1. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

Nome: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**Descrição**

O **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-gestora e estratégica, vinculada à **Direção Geral, Direção Técnica e Direção Administrativa**, responsável por **planejar, coordenar, monitorar e avaliar as ações voltadas à qualidade assistencial, segurança do paciente e melhoria contínua dos processos institucionais**.

O NQSP atua de forma integrada com todos os setores e comissões institucionais, promovendo a **cultura da qualidade e segurança**, o **gerenciamento de riscos**, a **monitorização de indicadores de desempenho**, e o **cumprimento das legislações sanitárias e dos padrões de acreditação ONA**.

Sua finalidade é **assegurar que os serviços de saúde sejam prestados de maneira segura, efetiva, centrada no paciente, oportuna e eficiente**, por meio de ferramentas de gestão e metodologias de melhoria contínua (PDCA, PDSA, FMEA, Protocolo de Londres, Ishikawa e 5W2H).

Membros Componentes:

A composição mínima do **NQSP** incluirá representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio técnico, com mandato de 1 (um) ano, renovável:

- Coordenador do NQSP (profissional com formação e experiência em gestão da qualidade e segurança do paciente);
- Analista de Qualidade
- Enfermeiro de qualidade.

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Instituir o **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** com regimento interno aprovado e divulgado;
- Implementar o **Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)** com foco na melhoria contínua e na cultura de segurança;
- Implantar o **Plano Institucional de Qualidade e Segurança do Paciente**;

- Promover a **padronização de processos assistenciais e administrativos**;
- Desenvolver e monitorar **indicadores de desempenho e segurança**;
- Implantar e supervisionar o **Programa de Auditoria Interna da Qualidade**;
- Garantir o cumprimento das **metas internacionais de segurança do paciente**;
- Promover **educação permanente** sobre gestão da qualidade e segurança assistencial;
- Elaborar e analisar **relatórios gerenciais e painéis de desempenho (dashboards)**;
- Atuar em **integração contínua com as demais comissões e núcleos institucionais**.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais** para acompanhamento de indicadores, planos de ação e não conformidades;
- **Reuniões extraordinárias** conforme necessidade, especialmente para análise de eventos adversos críticos;
- Todas as reuniões deverão ser registradas em **ata**, com deliberações e encaminhamentos documentados.

Controle pela Direção Geral e Técnica

- A **Direção Geral** e a **Direção Técnica** supervisionarão o funcionamento do NQSP;
- Os **relatórios de desempenho, eventos e indicadores** serão apresentados periodicamente à Direção e às instâncias superiores (Secretaria Estadual de Saúde, quando aplicável);
- O NQSP deverá **retroalimentar as áreas assistenciais e administrativas** com informações para a tomada de decisão e melhoria contínua.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º O NQSP será composto por representantes das áreas estratégicas da instituição, indicados pela Direção Geral.

Art. 3º Os membros terão mandato de 1 (um) ano, renovável, mediante portaria da Direção.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições do NQSP:

- Planejar, coordenar e monitorar as ações do **Sistema de Gestão da Qualidade**;
- Apoiar tecnicamente as comissões e núcleos institucionais;
- Garantir a **implantação e acompanhamento dos protocolos assistenciais e de segurança**;
- Coordenar o **processo de análise e tratamento de não conformidades e eventos adversos**;
- Implementar metodologias de **melhoria contínua (PDSA, FMEA, Ishikawa, 5W2H)**;
- Manter atualizado o **banco de indicadores institucionais**;
- Elaborar **relatórios técnicos periódicos** e planos de ação para a gestão;
- Promover **cultura justa, aprendizado organizacional e comunicação segura**;
- Garantir a **conformidade com os padrões ONA e requisitos legais da ANVISA**.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, extraordinariamente, conforme necessidade.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pelo NQSP em conjunto com a Direção Geral.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual de Implantação – 1º Ano

Período: 1º Ano de Implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo

Mês 1	Criação formal do NQSP e designação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Geral, Coordenação NQSP	Estruturar formalmente o núcleo.
Mês 2	Diagnóstico organizacional da qualidade e segurança	Levantamento de processos, riscos e indicadores existentes.	NQSP, CGR	Identificar oportunidades de melhoria.
Mês 3	Elaboração do Plano Institucional de Qualidade e Segurança	Definição de metas, indicadores e cronogramas.	NQSP, Direção Técnica	Planejar e priorizar ações estratégicas.
Mês 4	Capacitação em ferramentas de gestão da qualidade	Treinamento sobre PDCA, PDSA, Ishikawa, 5W2H e FMEA.	NQSP, NEP	Fortalecer cultura da qualidade.
Mês 5	Implantação do sistema de monitoramento de indicadores	Padronização de coleta, análise e comunicação de dados.	NQSP, TI, Setores	Garantir mensuração de resultados.
Mês 6	Implementação do controle de não conformidades	Criação de fluxo de registro e tratamento de NCs.	NQSP, Direção Técnica	Corrigir falhas e evitar reincidências.
Mês 7	Integração com comissões e núcleos	Reuniões conjuntas para alinhamento de planos e relatórios.	NQSP, NSP, CCIH, CGR	Promover gestão integrada da qualidade.
Mês 8	Auditoria interna da qualidade	Avaliação da aderência aos protocolos e normas institucionais.	NQSP, Qualidade Corporativa	Garantir conformidade e aprendizado organizacional.
Mês 9	Análise crítica dos indicadores	Avaliação de resultados e tendências de desempenho.	NQSP, Direção Técnica	Apoiar decisões estratégicas.

Mês 10	Campanha “Qualidade é Cuidado Seguro”	Ações educativas e divulgação dos resultados alcançados.	NQSP, Comunicação Interna	Estimular o engajamento institucional.
Mês 11	Relatório anual consolidado do NQSP	Apresentação de dados e ações de melhoria.	NQSP, Direção Geral	Demonstrar evolução institucional.
Mês 12	Planejamento estratégico para 2026	Definição de novas metas e prioridades.	NQSP, Direção Técnica	Garantir sustentabilidade das ações.

Referências

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2. ed. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition**. Geneva: WHO, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia de Boas Práticas para a Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: MS, 2020.

2.1.14.2. Comissão de Humanização (CH)

Nome: Comissão de Humanização (CH)**Descrição**

A **Comissão de Humanização (CH)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-consultiva e participativa vinculada à **Direção Geral** e à **Direção Enfermagem**, com o apoio do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** e do **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**.

Tem como finalidade **planejar, promover e acompanhar ações voltadas à humanização da assistência e das relações de trabalho**, conforme os princípios da **Política Nacional de Humanização (PNH)** do SUS.

A CH atua como espaço de escuta, diálogo e construção coletiva, valorizando o cuidado centrado na pessoa, o respeito à dignidade humana, a empatia, a corresponsabilidade e o acolhimento — pilares fundamentais para uma cultura institucional humanizada e segura.

Membros Componentes:

A **Comissão de Humanização (CH)** é composta por representantes das diversas áreas da instituição, com mandato de 1 (um) ano, renovável, designados pela **Direção Geral**:

- Coordenador da Comissão de Humanização;
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Enfermagem;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Representante do Serviço Social;
- Representante da Psicologia;
- Representante da Ouvidoria e SAU,
- Representante da Comunicação Interna;
- Representante da equipe administrativa e de apoio (higienização, portaria, cozinha, etc.);
- Representante dos usuários (quando aplicável).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Instituir formalmente a **Comissão de Humanização (CH)** com regimento interno aprovado;
- Implementar o **Plano Institucional de Humanização (PIH)** conforme diretrizes da PNH/SUS;
- Promover ações de **acolhimento, valorização e integração das equipes de trabalho**;
- Estimular a **humanização do cuidado e das relações entre profissionais, pacientes e familiares**;
- Promover **espaços de escuta e apoio psicossocial aos colaboradores**;
- Estabelecer **campanhas temáticas e eventos institucionais** voltados à empatia e respeito;
- Garantir a **participação dos usuários e familiares** em processos de melhoria da experiência do cuidado;
- Desenvolver **indicadores de humanização e satisfação**;
- Integrar as ações da CH ao **NQSP** e às demais comissões institucionais.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais** para planejamento e monitoramento das ações;
- **Reuniões extraordinárias** conforme necessidade (situações críticas, demandas espontâneas, campanhas ou eventos);
- Todas as reuniões serão registradas em **ata formal**, contendo pautas, deliberações e responsáveis pelas ações.

Controle pela Direção Geral

- A **Direção Geral** supervisionará as ações da CH, assegurando recursos e apoio institucional;
- Os **relatórios de atividades e indicadores de humanização** serão encaminhados à Direção Técnica e ao NQSP;
- As **deliberações da CH** deverão orientar práticas assistenciais e organizacionais voltadas à humanização do cuidado e do ambiente de trabalho.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão de Humanização (CH)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CH será composta por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio técnico-operacional.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Geral, com mandato de 1 (um) ano, renovável.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CH:

- Planejar, coordenar e implementar o **Plano Institucional de Humanização (PIH)**;
- Promover a **humanização das práticas de cuidado, gestão e trabalho em saúde**;
- Estimular a **participação e corresponsabilidade das equipes e usuários**;
- Promover ações de **acolhimento e valorização profissional**;
- Garantir o fortalecimento dos **princípios da empatia, escuta e solidariedade**;
- Realizar **campanhas internas e datas comemorativas temáticas** (Dia da Enfermagem, Semana da Humanização, etc.);
- Apoiar a **integração entre os setores assistenciais e administrativos**;
- Implementar e acompanhar **indicadores de satisfação e clima organizacional**;
- Integrar-se ao **NQSP** e demais comissões para fortalecer a cultura de segurança e cuidado centrado na pessoa.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, extraordinariamente, conforme necessidade.

Art. 6º As deliberações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de desempate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CH em conjunto com a Direção Geral.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Humanização (CH)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CH e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Geral, Coordenação CH	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico do clima institucional e das práticas humanizadas	Levantamento de percepções e práticas existentes.	CH, NQSP, RH	Identificar oportunidades de melhoria.
Mês 3	Elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH)	Planejamento das ações anuais de humanização.	CH, Direção Técnica	Organizar e priorizar as ações.
Mês 4	Campanha de boas-vindas e acolhimento aos profissionais	Ações de integração e reconhecimento das equipes.	CH, RH, Comunicação Interna	Promover pertencimento e motivação.
Mês 5	Oficinas de sensibilização sobre empatia e escuta ativa	Dinâmicas de reflexão e humanização do cuidado.	CH, NEP, Psicologia	Fortalecer cultura do cuidado humanizado.
Mês 6	Implementação dos indicadores de humanização	Criação de métricas de satisfação e relacionamento.	CH, NQSP	Mensurar resultados e evolução.
Mês 7	Integração com o NQSP e NSP	Alinhamento das ações de humanização e segurança.	CH, NQSP, NSP	Promover abordagem integrada.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 8	Semana da Humanização	Atividades educativas, artísticas e reflexivas com equipes e pacientes.	CH, Comunicação, NEP	Engajar e sensibilizar o corpo funcional.
Mês 9	Ações de escuta e mediação de conflitos	Atendimento e apoio às demandas intersetoriais.	CH, RH, Psicologia	Melhorar o ambiente e relações de trabalho.
Mês 10	Projeto “Humanizar é Cuidar”	Ações sociais e voluntárias com a comunidade.	CH, Serviço Social	Reforçar o papel social do hospital.
Mês 11	Relatório consolidado da CH	Avaliação das ações e resultados alcançados.	CH, Direção Geral	Demonstrar evolução institucional.
Mês 12	Planejamento estratégico 2026	Definição de metas e prioridades futuras.	CH, Direção Técnica	Assegurar continuidade e fortalecimento das ações.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **People-Centred Health Care: A Policy Framework.** Geneva: WHO, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** HumanizaSUS: Cuidado e Gestão em Saúde. Brasília: MS, 2010.

2.1.14.3. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVH)

Nome: Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é responsável por monitorar e controlar a ocorrência de doenças e agravos dentro do hospital, contribuindo para a segurança do paciente e a saúde pública. O núcleo atua na coleta, análise e disseminação de dados epidemiológicos, além da implementação de medidas de prevenção e controle de surtos.

Membros Componentes:

O Núcleo será composto por profissionais com expertise em vigilância epidemiológica e saúde pública. A composição mínima incluirá:

- Médico Infectologista: Para orientação sobre doenças infecciosas e controle de surtos.
- Enfermeiro Epidemiologista: Profissional da enfermagem com conhecimento em vigilância.
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Enfermagem;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Laboratório de Análises Clínicas;
- Representante da Farmácia Hospitalar;
- Representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);
- Representante do Setor de TI (para apoio aos sistemas de informação e notificação).

Objetivos do Núcleo para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

O **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar** terá como principal objetivo monitorar e controlar as doenças no hospital.

- Estruturar formalmente o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) com regimento interno aprovado;
- Implantar o Plano de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, conforme normas do Ministério da Saúde;
- Garantir o cumprimento das notificações compulsórias de agravos e doenças, conforme Portaria nº 204/2016;
- Implementar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS);
- Estabelecer fluxos de comunicação imediata de surtos e eventos epidemiológicos à Vigilância Municipal e Estadual;
- Integrar as ações com a CCIH, CGR, NQSP e Serviço de Controle de Infecção;
- Monitorar indicadores epidemiológicos hospitalares (taxas de incidência, mortalidade, agravos específicos, perfil de notificação);
- Realizar análises epidemiológicas periódicas e emitir relatórios técnicos;
- Promover a capacitação contínua das equipes assistenciais em vigilância epidemiológica e biossegurança;
- Fortalecer a vigilância de infecções relacionadas à assistência (IRAS), surtos e eventos adversos.

Frequência de Reuniões

- As reuniões do Núcleo ocorrerão mensalmente.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou pela Direção Técnica em casos emergenciais.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Técnica

- A Direção Técnica será responsável por supervisionar as ações recomendadas pelo Núcleo, garantindo a implementação das diretrizes de vigilância.

- Todos os relatórios e recomendações elaborados pelo Núcleo serão encaminhados à Direção Técnica para análise e encaminhamento às instâncias superiores quando necessário.
- O Núcleo deverá apresentar relatórios mensais, contendo dados epidemiológicos e propostas de intervenções.
- Os relatórios mensais e consolidados serão encaminhados à Direção Geral, ao NQSP e às instâncias de vigilância externas (municipal e estadual);
- O NVEH deverá garantir a integração com os planos de segurança do paciente e controle de infecção hospitalar, conforme os referenciais da ANVISA e ONA.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º O Núcleo tem caráter normativo e executivo, sendo responsável pela vigilância epidemiológica e controle de doenças.

Capítulo II – Composição

Art. 3º O Núcleo será composto por profissionais da saúde e vigilância, conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Técnica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições do Núcleo

Art. 5º São atribuições do Núcleo:

- Coletar e analisar dados epidemiológicos;
- Implementar protocolos de vigilância e controle de surtos;
- Promover ações educativas sobre prevenção de doenças;
- Elaborar relatórios sobre a situação epidemiológica do hospital;
- Colaborar com outros núcleos para integração em saúde.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º O Núcleo se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Coordenador do Núcleo terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Núcleo em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica.

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal do NVEH e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação NVEH	Estruturar formalmente o núcleo.
Mês 2	Diagnóstico situacional da vigilância hospitalar	Levantamento de práticas, fluxos e sistemas de notificação existentes.	NVEH, NQSP	Identificar lacunas e definir prioridades.
Mês 3	Elaboração do Plano de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	Definição de metas, indicadores e fluxos de comunicação.	NVEH, Direção Técnica	Planejar ações de vigilância e controle.
Mês 4	Capacitação da equipe assistencial em vigilância e notificação	Treinamento sobre SINAN, e-SUS VE e agravos de notificação compulsória.	NVEH, NEP	Garantir adesão às práticas normativas.
Mês 5	Implementação dos fluxos de notificação interna	Padronização dos formulários e canais de comunicação.	NVEH, CCIH	Assegurar notificações tempestivas e fidedignas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 6	Integração com o NQSP, CGR e CCIH	Reuniões intersetoriais de alinhamento técnico.	NVEH, NQSP	Promover abordagem integrada e preventiva.
Mês 7	Monitoramento dos indicadores epidemiológicos	Análise de incidência de agravos e surtos.	NVEH	Avaliar desempenho e propor intervenções.
Mês 8	Emissão de boletim epidemiológico trimestral	Divulgação de dados internos de vigilância.	NVEH, Comunicação Interna	Promover transparência e educação sanitária.
Mês 9	Auditoria dos processos de notificação e investigação	Avaliação da conformidade e tempestividade.	NVEH, Qualidade	Melhorar a rastreabilidade e completude de dados.
Mês 10	Reunião ampliada com Vigilância Municipal e Estadual	Apresentação dos resultados e alinhamento interinstitucional.	NVEH, SES/MS	Fortalecer integração em rede.
Mês 11	Relatório anual consolidado do NVEH	Compilação dos dados epidemiológicos e ações realizadas.	NVEH, Direção Técnica	Avaliar desempenho e propor melhorias.
Mês 12	Planejamento estratégico 2026	Definição de novas metas e aprimoramento do plano.	NVEH, Direção Técnica	Garantir continuidade e sustentabilidade das ações.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância Epidemiológica: O que é e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 08 abr. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Manual Operacional. Brasília: MS, 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Hospital-Based Surveillance Systems: Guidelines and Best Practices**. Geneva: WHO, 2020.

2.1.14.4. Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME)

Nome: Comissão de Documentação Médica e Estatística

A **Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-consultiva vinculada à **Direção Técnica**, à **Direção Geral** e ao **Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)**, com o apoio do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**.

Tem como finalidade **assegurar a qualidade, integridade, sigilo e disponibilidade das informações assistenciais e administrativas**, promovendo o adequado gerenciamento dos prontuários, a fidedignidade dos registros e a utilização estratégica dos dados estatísticos hospitalares para a tomada de decisão e melhoria da assistência.

A CDME atua como eixo estruturante na **gestão documental, na padronização dos registros médicos e de enfermagem**, no suporte à **codificação clínica (CID, DRG)** e na **geração de informações epidemiológicas, gerenciais e assistenciais**, em conformidade com as diretrizes do **Ministério da Saúde, ANVISA, CFM e ONA (2022)**.

Membros Componentes:

A **Comissão de Documentação Médica e Estatística** será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar na gestão da documentação médica e estatística, é multiprofissional, com membros designados pela Direção Técnica, com mandato de 1 (um) ano, renovável. Composição mínima:

- **Presidente (profissional médico com experiência em gestão da informação e codificação clínica - DRG);**
- **Representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);**
- **Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);**
- **Representante da Enfermagem;**
- **Representante do Corpo Clínico;**
- **Representante do Núcleo de Educação Permanente (NEP);**
- **Representante do Setor de Tecnologia da Informação (TI);**
- **Representante do Setor de Auditoria Clínica;**
- **Representante da Farmácia Hospitalar (quando aplicável);**
- **Representante da Direção Técnica.**

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Mandato

A Comissão de Documentação Médica e Estatística do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos:

- Avaliar, padronizar e aprimorar os processos de documentação clínica, garantindo registros completos, claros e precisos, em conformidade com a legislação vigente, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Implementar diretrizes para a elaboração e manutenção dos prontuários médicos, assegurando que atendam às normas estabelecidas pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde.
- Realizar auditorias periódicas para avaliar a conformidade dos registros médicos com as normas regulatórias e de segurança do paciente.
- Criar e divulgar protocolos de boas práticas para o preenchimento adequado dos prontuários, visando a segurança da informação e a proteção dos dados dos pacientes.
- Desenvolver indicadores de qualidade para monitorar a completude e a legibilidade dos registros clínicos, bem como propor ações corretivas e preventivas para adequação dos prontuários médicos ao padrão exigido pela legislação e creditações hospitalares.
- Promover capacitações e treinamentos periódicos para os profissionais de saúde sobre boas práticas na documentação clínica e na gestão de dados estatísticos.

- Instituir formalmente a CDME com regimento interno aprovado e amplamente divulgado;
- Garantir a padronização, integridade e sigilo dos registros clínicos e administrativos;
- Implementar políticas e fluxos para a gestão documental hospitalar conforme legislação vigente;
- Garantir a qualidade e completude dos prontuários de pacientes;
- Promover a adoção de indicadores de desempenho documental e estatístico;
- Implantar e supervisionar o uso adequado dos sistemas de informação hospitalar (SIH, CNES, DRG, e-SUS, etc.);
- Fortalecer a codificação e classificação correta de diagnósticos e procedimentos (CID-10, DRG, TUSS);
- Estimular a educação permanente sobre registros assistenciais e éticos;
- Fornecer subsídios estatísticos à gestão e às comissões técnicas;
- Garantir o cumprimento das normas de sigilo, ética e guarda documental, conforme o CFM e LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **Comissão de Documentação Médica e Estatística** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Presidente da Comissão** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da Comissão.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de conformidade, não conformidades detectadas e ações corretivas propostas.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da **Comissão de Documentação Médica e Estatística**, vinculada à **Direção Médica**.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a qualidade da documentação médica e a conformidade legal.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A **Comissão de Documentação Médica e Estatística** será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da **Comissão de Documentação Médica e Estatística**: I. Avaliar a qualidade e integridade dos prontuários médicos.

II. Garantir aderência a normas éticas, legais e regulatórias na documentação médica.

III. Propor melhorias nos processos de registro clínico.

IV. Estabelecer indicadores de qualidade e conformidade para a documentação.

V. Desenvolver ações educativas para profissionais de saúde sobre documentação e estatísticas.

VI. Relatar não conformidades à **Direção Médica**.

VII. Sugerir ações corretivas e preventivas para melhorar a documentação.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Presidente da Comissão**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Médica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Cronograma de Implantação da Comissão

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CDME e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CDME	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico documental e estatístico institucional	Levantamento dos fluxos e sistemas de informação existentes.	CDME, SAME, TI	Identificar fragilidades e oportunidades.
Mês 3	Elaboração da Política de Gestão Documental e Prontuário	Definição de fluxos, responsabilidades e prazos.	CDME, Direção Técnica	Padronizar os processos documentais.
Mês 4	Capacitação em preenchimento e registro clínico	Treinamento multiprofissional sobre prontuário e ética documental.	CDME, NEP	Melhorar a qualidade dos registros.
Mês 5	Implantação de indicadores de qualidade documental	Taxas de completude, retrabalho e prontuários auditados.	CDME, NQSP	Monitorar desempenho e conformidade.
Mês 6	Integração com o NQSP, CGR e NVEH	Ações conjuntas para qualificação das	CDME, Direção Técnica	Promover gestão integrada de dados.

		informações hospitalares.		
Mês 7	Revisão e auditoria amostral de prontuários	Avaliação da qualidade e legibilidade dos registros.	CDME, Auditoria Clínica	Garantir rastreabilidade e integridade.
Mês 8	Campanha "Registro Seguro, Paciente Protegido"	Sensibilização sobre importância do registro fidedigno.	CDME, Comunicação Interna	Fomentar cultura de responsabilidade documental.
Mês 9	Revisão dos formulários e sistemas de informação	Atualização de instrumentos de coleta e interface digital.	CDME, TI	Garantir padronização e eficiência.
Mês 10	Consolidação de relatório técnico estatístico	Análise de indicadores e recomendações à Direção.	CDME, SAME	Subsidiar decisões gerenciais e assistenciais.
Mês 11	Auditoria interna e correções processuais	Avaliação de conformidade e planos de ação corretiva.	CDME, Qualidade	Melhorar a acurácia dos dados.
Mês 12	Planejamento estratégico 2026	Definição de novas metas e prioridades.	CDME, Direção Técnica	Assegurar continuidade e evolução da qualidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece diretrizes para o SAME e estatística hospitalar.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. **Define critérios para guarda, manuseio e confidencialidade de prontuários.**

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória.**

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health Information Systems: Framework and Standards. Geneva: WHO, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Processos e Indicadores de Gestão Hospitalar. Brasília: MS, 2020.

2.1.14.5. Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)

Nome: Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)

Descrição

A **Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnica, consultiva e operacional vinculada à **Direção Técnica**, à **Direção Geral** e ao **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)**.

Tem por finalidade **planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações de vigilância epidemiológica** dentro do âmbito hospitalar, assegurando a **detecção precoce, investigação e notificação oportuna de agravos e doenças** de interesse sanitário, bem como a **integração com os sistemas municipais, estaduais e nacionais de vigilância em saúde**.

A CVE atua de forma articulada com as demais comissões e núcleos institucionais (como **NQSP, CCIH, CGR, CFT, e NVEH**) e segue as orientações do **Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)** e da **Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH)**, fortalecendo a cultura de prevenção e controle de riscos em saúde pública e assistencial.

Membros Componentes:

A **Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)** é multiprofissional e interdisciplinar, com mandato de 1 (um) ano, renovável, designada pela **Direção Técnica**:

- Coordenador da CVE (profissional de nível superior com formação em Vigilância Epidemiológica, Enfermagem ou áreas correlatas);
- Representante da Direção Técnica;
- Representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH);

- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do Laboratório de Análises Clínicas;
- Representante da Farmácia Hospitalar;
- Representante da Enfermagem Assistencial;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante do Setor de Tecnologia da Informação (TI);
- Representante do SAME/Estatística;
- Representante do NEP (Núcleo de Educação Permanente).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Instituir formalmente a **Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)** com regimento interno aprovado e publicado;
- Elaborar o **Plano Institucional de Vigilância Epidemiológica**, com definição de fluxos e responsabilidades;
- Implementar e garantir o cumprimento das **notificações compulsórias**, conforme Portaria nº 204/2016 e demais legislações vigentes;
- Fortalecer a integração entre os setores de **assistência, laboratório e vigilância** para investigação de agravos;
- Implantar **indicadores epidemiológicos** (taxas de incidência, mortalidade, surtos e eventos de interesse sanitário);
- Realizar **análises epidemiológicas periódicas** e emissão de boletins informativos;
- Capacitar profissionais sobre **biossegurança, notificação e investigação epidemiológica**;
- Desenvolver **planos de contingência para emergências em saúde pública** (COVID-19, arboviroses, infecções respiratórias, entre outros);
- Promover a **integração com o NVEH, CCIH, NQSP e CGR** para vigilância de eventos adversos e riscos assistenciais.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais** para análise e acompanhamento dos indicadores epidemiológicos;
- **Reuniões extraordinárias** em casos de surtos, emergências sanitárias ou demandas da vigilância externa;
- Todas as reuniões serão registradas em **ata**, com pautas, deliberações, responsáveis e prazos definidos.

Controle pela Direção Técnica

- A **Direção Técnica** supervisionará as ações e deliberações da CVE;
- Os **relatórios epidemiológicos mensais e anuais** deverão ser encaminhados à Direção Geral, NVEH e às instâncias externas de vigilância (municipal e estadual);
- A **Direção** garantirá os recursos humanos e estruturais necessários à execução das ações de vigilância.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CVE será composta por profissionais das áreas assistenciais, técnicas e administrativas com interface nas ações de vigilância.

Art. 3º Os membros terão mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos por decisão da Direção Técnica.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CVE:

- Planejar e coordenar o **Plano Institucional de Vigilância Epidemiológica**;
- Supervisionar e garantir o cumprimento das **notificações compulsórias**;
- Identificar, investigar e monitorar **doenças e agravos de interesse sanitário**;
- Promover a **integração entre assistência, laboratório e vigilância**;
- Monitorar **indicadores epidemiológicos hospitalares** e elaborar boletins periódicos;

- Apoiar o NVEH na **investigação de surtos e eventos epidemiológicos**;
- Capacitar equipes multiprofissionais em vigilância e biossegurança;
- Garantir o correto uso dos **sistemas de informação (SINAN, e-SUS VE, SIVEP-Gripe, GAL)**;
- Articular com o **NQSP, CCIH e CGR** para tratamento de eventos adversos e riscos;
- Emitir **relatórios técnicos e pareceres** à Direção e órgãos competentes.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, extraordinariamente, conforme necessidade epidemiológica.

Art. 6º As deliberações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CVE em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual de Implantação – 1º Ano

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CVE e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CVE	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico das práticas de vigilância existentes	Levantamento dos fluxos, notificações e sistemas em uso.	CVE, NVEH, NQSP	Identificar lacunas e oportunidades.
Mês 3	Elaboração do Plano de Vigilância Epidemiológica	Planejamento das ações, fluxos e indicadores.	CVE, Direção Técnica	Organizar a estrutura operacional da vigilância.
Mês 4	Capacitação da equipe em vigilância e biossegurança	Treinamento sobre agravos de	CVE, NEP	Qualificar profissionais para vigilância ativa.

		notificação e protocolos.		
Mês 5	Implementação dos fluxos de notificação e registro	Padronização dos formulários e comunicação interna.	CVE, CCIH	Garantir tempestividade e rastreabilidade.
Mês 6	Integração com NVEH e NQSP	Ações conjuntas de monitoramento e análise de eventos.	CVE, NVEH, NQSP	Promover sinergia institucional.
Mês 7	Monitoramento dos indicadores epidemiológicos	Coleta e análise de dados mensais.	CVE	Acompanhar tendências e resultados.
Mês 8	Emissão do Boletim Epidemiológico Interno	Divulgação institucional dos resultados e alertas.	CVE, Comunicação Interna	Sensibilizar equipes e fortalecer vigilância ativa.
Mês 9	Auditoria de conformidade das notificações	Revisão de prontuários e relatórios.	CVE, Qualidade	Garantir completude e qualidade das informações.
Mês 10	Encontro Intercomissional sobre Vigilância	Integração entre CVE, NVEH, CCIH e CGR.	CVE, Direção Técnica	Fortalecer rede de vigilância interna.
Mês 11	Relatório Anual Consolidado da CVE	Compilação de dados e recomendações.	CVE, Direção Técnica	Avaliar resultados e planejar melhorias.
Mês 12	Planejamento Estratégico 2026	Definição de metas, planos e ajustes.	CVE, Direção Técnica	Garantir continuidade e sustentabilidade das ações.

Referências Bibliográficas (ABNT)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual Operacional da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Brasília: MS, 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Hospital-Based Surveillance Systems: Standards and Practices**. Geneva: WHO, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT)

Nome: Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT)

A Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por promover e facilitar a doação de órgãos e tecidos, especialmente no contexto pediátrico. O objetivo da comissão é garantir que as diretrizes e normas relacionadas à doação e transplante sejam seguidas, assegurando a ética, a segurança e o respeito à dignidade dos pacientes e suas famílias

Membros Componentes:

A **Comissão** será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar na promoção da doação de órgãos e tecidos. A composição mínima incluirá:

- Presidente: Enfermeiro responsável técnico pelo processo de captação e notificação;
- Médico Pediatra com experiência em transplantes;
- Médico Intensivista;
- Médico Neurologista ou Neurocirurgião;
- Enfermeiro;
- Assistente Social;

- Psicólogo; e
- Representante do Núcleo de Segurança do Paciente.
- ☐ Representante da Direção Técnica;
- Representante da Direção de Enfermagem;
- Representante do Corpo Clínico;
- Representante da UTI Adulto;
- Representante do Pronto-Socorro;
- Representante do Serviço Social;
- Representante da Psicologia;
- Representante do NEP (Núcleo de Educação Permanente);
- Representante do NQSP;
- Representante do Setor de TI (para interface com sistema estadual de transplantes).

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Mandato

A Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos:

- Estruturar formalmente a **Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)**, com regimento interno aprovado;
- Garantir o cumprimento da **Portaria GM/MS nº 2.600/2009**, que institui o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;
- Promover a **identificação precoce e notificação obrigatória de potenciais doadores**;
- Fortalecer o **vínculo com a Central Estadual de Transplantes (CET/MS)**;
- Implantar o **protocolo institucional de diagnóstico de morte encefálica**, conforme o **Conselho Federal de Medicina (CFM)**;
- Implementar **indicadores de desempenho** (taxa de notificação, efetivação de doações, tempo de diagnóstico, taxa de recusa familiar, etc.);
- Desenvolver **ações educativas e de sensibilização** sobre doação de órgãos e tecidos;
- Garantir a **humanização do processo de abordagem familiar** e a **confidencialidade das informações**;
- Promover **integração com os serviços de UTI, Pronto-Socorro e Enfermagem**;

- Elaborar **relatórios técnicos trimestrais e anuais** sobre as atividades e resultados alcançados.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **Comissão** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Presidente da Comissão** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da **Comissão**.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A **Comissão** deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de doação, ações realizadas e propostas de melhorias.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, vinculada à Direção Médica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A **Comissão** tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a doação de órgãos e tecidos de maneira ética e em conformidade com a legislação vigente.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A **Comissão** será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da **Comissão**: I. Desenvolver e revisar protocolos para a doação de órgãos e tecidos, respeitando a legislação vigente.

II. Promover campanhas educativas sobre doação de órgãos e tecidos.

III. Realizar treinamentos e capacitações sobre doação e transplante.

IV. Monitorar e avaliar a eficácia das práticas de doação.

V. Integrar-se com outras comissões para garantir uma abordagem colaborativa.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A **Comissão** se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Presidente da Comissão**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela **Comissão** em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela **Direção Médica**.

Cronograma de Implantação da Comissão

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CIHDOTT e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CIHDOTT	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Capacitação introdutória sobre o Sistema Nacional de Transplantes	Treinamento sobre legislação, fluxos e critérios.	CIHDOTT, NEP	Qualificar os profissionais.
Mês 3	Elaboração do Protocolo Institucional de Doação de Órgãos e Tecidos	Definição dos fluxos e responsabilidades.	CIHDOTT, Direção Técnica	Padronizar os processos internos.
Mês 4	Implementação do protocolo e fluxos de notificação	Integração com UTI, PS e CET/MS.	CIHDOTT, UTI, PS	Garantir efetividade e rastreabilidade.
Mês 5	Implantação dos indicadores de desempenho	Taxa de notificações, recusa familiar, efetivação.	CIHDOTT, NQSP	Acompanhar resultados e melhorias.
Mês 6	Ações educativas e de sensibilização	Campanha “Doe Órgãos, Doe Vida”.	CIHDOTT, Comunicação Interna	Estimular cultura de doação.
Mês 7	Integração com outras comissões	Alinhamento técnico com CCIH, NVEH e CH.	CIHDOTT, NQSP	Garantir abordagem ética e segura.
Mês 8	Revisão dos casos notificados e análise de indicadores	Avaliação do desempenho da comissão.	CIHDOTT	Identificar falhas e boas práticas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 9	Evento “Semana de Doação de Órgãos e Tecidos”	Atividades educativas com equipes e comunidade.	CIHDOTT, NEP, Comunicação	Engajar profissionais e sociedade.
Mês 10	Relatório Trimestral III e auditoria interna	Revisão documental e apresentação de resultados.	CIHDOTT, Direção Técnica	Fortalecer transparência e melhoria contínua.
Mês 11	Encontro interinstitucional com a CET/MS	Apresentação de resultados e intercâmbio técnico.	CIHDOTT, CET/MS	Fortalecer integração com a rede estadual.
Mês 12	Relatório Anual Consolidado e Planejamento 2026	Compilação de dados e definição de novas metas.	CIHDOTT, Direção Técnica	Assegurar continuidade das ações.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017**. Define critérios para diagnóstico de morte encefálica.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 66, de 21 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o funcionamento das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs) e das CIHDOTTs.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation**. Geneva: WHO, 2010.

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Nome: Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é responsável por regular e otimizar o fluxo de pacientes e a utilização de recursos dentro da instituição. O núcleo atua na gestão do acesso aos serviços de saúde, garantindo que os pacientes recebam o atendimento adequado de forma eficiente, seguindo o fluxo regulatório estabelecido pela Central de Regulação de Serviços de Saúde.

Tem como finalidade organizar, controlar e otimizar o uso dos leitos hospitalares, recursos assistenciais e fluxos de atendimento, promovendo a integralidade e a equidade do acesso dos pacientes, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as normas de regulação estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008 e pela Portaria de Consolidação nº 1/2017 – Anexo XXVII.

O NIR atua de forma articulada com a Central Estadual de Regulação (CER/MS) e com os serviços internos de emergência, internação, UTI e diagnóstico, garantindo a transparência, rastreabilidade e eficiência na gestão do cuidado hospitalar.

Membros Componentes:

O NIR será composto por profissionais de diversas áreas da saúde e gestão hospitalar. A composição mínima incluirá:

- **Coordenador:** Profissional com experiência em gestão hospitalar.
- **Médico Representante:** Um médico designado pela Direção Técnica, responsável por orientar sobre a alocação de recursos.
- **Enfermeiro:** Profissional da enfermagem com conhecimento em fluxos de atendimento.
- **Assistente Administrativo:** Para suporte nas atividades administrativas do NIR.
- **Técnico em Informática:** Para gerenciamento de dados e sistemas de informação.

Objetivos do Núcleo para o Primeiro Ano de Contrato de Gestão

O **Núcleo Interno de Regulação** terá como principal objetivo otimizar o fluxo de pacientes e recursos no hospital, seguindo as diretrizes da **Central de Regulação de Serviços de Saúde**. Estabelecer critérios para a regulação do acesso aos serviços de saúde:

- Monitorar e avaliar o fluxo de pacientes e utilização de recursos.
- Propor melhorias nos processos de regulação e atendimento.
- Realizar capacitações sobre regulação e fluxo de pacientes para a equipe.
- Elaborar relatórios mensais sobre a situação do fluxo de pacientes e uso de recursos.
- Estruturar formalmente o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** com regimento interno aprovado;
- Implantar o **Sistema de Gestão de Leitos** e definir fluxos de ocupação, transferência e alta;
- Garantir o cumprimento das diretrizes da **Regulação Assistencial Hospitalar**, conforme **Portaria GM/MS nº 1.559/2008**;
- Promover o **uso racional e eficiente dos recursos assistenciais e diagnósticos**;
- Reduzir o tempo médio de espera por internação e transferências;
- Implantar **indicadores de desempenho operacional** (taxa de ocupação, giro de leitos, tempo médio de internação, tempo de regulação, etc.);
- Garantir a **interface com a Central Estadual de Regulação (CER)**;
- Elaborar **relatórios mensais e trimestrais de movimentação hospitalar**;
- Capacitar as equipes assistenciais sobre **fluxos regulatórios, classificação de risco e protocolos de acesso**;
- Integrar-se com as demais comissões e núcleos institucionais (NQSP, CCIH, CGR, NSP, SAME).

Frequência de Reuniões

- As reuniões do NIR ocorrerão mensalmente.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou pela Direção Técnica em casos emergenciais.
- As pautas serão previamente definidas e as reuniões serão registradas em ata formal, assinada pelos membros presentes.

Controle das Mesmas pela Direção Técnica

- A Direção Técnica será responsável por supervisionar as ações recomendadas pelo NIR, garantindo a implementação das diretrizes de regulação.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados pelo NIR serão encaminhados à Direção Técnica para análise e encaminhamento às instâncias superiores quando necessário.
- O NIR deverá apresentar relatórios mensais, contendo dados sobre o fluxo de pacientes e propostas de intervenções.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º O NIR tem caráter normativo e executivo, sendo responsável pela regulação do fluxo de pacientes e pela otimização de recursos.

Capítulo II – Composição

Art. 3º O Núcleo será composto por profissionais da saúde e gestão, conforme descrito na seção de Membros Componentes:.

Art. 4º Os membros serão designados pela Direção Técnica para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições do Núcleo

Art. 5º São atribuições do NIR:

- Estabelecer critérios para a regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Monitorar e avaliar o fluxo de pacientes e utilização de recursos;
- Propor melhorias nos processos de regulação;
- Promover capacitações sobre fluxos de atendimento;
- Elaborar relatórios sobre a situação do fluxo de pacientes.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º O Núcleo se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes, sendo registradas em ata oficial.

Art. 8º Em caso de empate, o Coordenador do Núcleo terá o voto de minerva.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Núcleo em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica.

Cronograma de Implantação do Núcleo

Período: 1º Ano de Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal do NIR e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação NIR	Estruturar formalmente o núcleo.
Mês 2	Diagnóstico situacional do fluxo regulatório e de leitos	Levantamento de práticas e sistemas existentes.	NIR, SAME, TI	Identificar gargalos e oportunidades de melhoria.
Mês 3	Implantação do Sistema de Gestão de Leitos	Definição de fluxos de internação, alta e transferência.	NIR, Direção Técnica	Padronizar processos regulatórios.
Mês 4	Capacitação das equipes em regulação e uso do sistema	Treinamento em protocolos e interface com CER/MS.	NIR, NEP	Garantir uso adequado do sistema e adesão.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 5	Implementação dos indicadores de desempenho	Taxa de ocupação, giro de leitos, tempo médio de regulação.	NIR, NQSP	Monitorar resultados operacionais.
Mês 6	Integração com SAME, UTI e Enfermagem	Alinhamento de processos e comunicação interna.	NIR, Direção Técnica	Garantir agilidade nas decisões.
Mês 7	Auditoria de processos e tempo de espera	Avaliação de tempos médios e fluxos críticos.	NIR, Qualidade	Reduzir filas e otimizar fluxo assistencial.
Mês 8	Emissão do Relatório Operacional Trimestral	Análise consolidada dos dados e indicadores.	NIR, Direção Técnica	Subsidiar a tomada de decisão.
Mês 9	Integração com CER/MS e SES	Reuniões técnicas e alinhamento de protocolos.	NIR, Direção Técnica	Fortalecer integração externa.
Mês 10	Campanha de Educação em Regulação Interna	Divulgação de fluxos e responsabilidades.	NIR, Comunicação Interna	Engajar equipes e padronizar condutas.
Mês 11	Revisão do Plano de Regulação e Ajustes Operacionais	Análise crítica e ajustes de fluxos.	NIR, Direção Técnica	Melhorar desempenho e conformidade.
Mês 12	Relatório Anual e Planejamento 2026	Consolidação de resultados e definição de metas futuras.	NIR, Direção Técnica	Garantir continuidade e aprimoramento das ações.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/regulacao>. Acesso em: 08 abr. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXVII – Regulação Assistencial.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de Regulação Assistencial Hospitalar. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Hospital Bed Management – Best Practices in Resource Optimization**. Geneva: WHO, 2020.

2.1.14.6. Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência

Nome: Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP)

Descrição:

A Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP) do Hospital Regional Dr. José Simone Netto, em Ponta Porã/MS, é uma instância multiprofissional e intersetorial vinculada à Direção Técnica e à Direção Geral, com o apoio do Núcleo Interno de Regulação (NIR), do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e do Serviço Social.

Sua principal finalidade é analisar, monitorar e propor ações para a gestão de pacientes internados com permanência prolongada, visando à otimização de leitos hospitalares, à garantia da continuidade do cuidado e à redução de internações de longa duração sem justificativa clínica.

A CGLP atua com base em princípios de integralidade, equidade e eficiência assistencial, fortalecendo a articulação entre as equipes de assistência, regulação, serviço social e rede externa de atenção à saúde e assistência social, conforme preconizado pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Membros Componentes:

A Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP) é formada por equipe multiprofissional, designada pela Direção Técnica, com mandato de 1 (um) ano, renovável:

- Presidente da Comissão: preferencialmente o Coordenador do NIR (profissional da saúde com experiência em gestão assistencial e regulação);
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Direção de Enfermagem;
- Médico da Clínica Médica;

- Representante do Serviço Social;
- Representante da Psicologia;
- Representante Médico do Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante da Auditoria Clínica;
- Representante da Fisioterapia (quando aplicável);
- Representante do NEP (para ações educativas);
- Representante da Central Estadual de Regulação (quando articulado).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Estruturar formalmente a Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP) com regimento interno aprovado;
- Identificar pacientes internados há mais de 30 dias, classificando-os por motivos de permanência (clínico, social, regulatório ou institucional);
- Estabelecer critérios técnicos e protocolos de avaliação multiprofissional para permanência prolongada;
- Implantar planos de alta e desospitalização precoce;
- Promover integração com a Rede de Atenção à Saúde e Assistência Social, buscando alternativas de cuidado (domiciliar, ILPI, CAPS, etc.);
- Monitorar indicadores de permanência média e tempo de internação;
- Propor ações preventivas para evitar internações prolongadas, fortalecendo a resolutividade das unidades de internação;
- Reduzir a ocupação indevida de leitos e promover o uso racional dos recursos hospitalares;
- Garantir o registro sistemático e análise dos casos de longa permanência, emitindo relatórios periódicos à Direção.

Frequência de Reuniões

- Reuniões ordinárias mensais, com análise dos casos identificados e deliberação sobre condutas;

- Reuniões extraordinárias, sempre que houver necessidade de discussão de casos complexos;
- Todas as reuniões serão registradas em ata, com pauta, responsáveis e prazos definidos.

Controle pela Direção Técnica

- A Direção Técnica supervisionará as ações da CGLP e acompanhará a execução dos planos de alta e desospitalização;
- Os relatórios mensais deverão ser encaminhados à Direção Geral, ao NIR, ao NQSP e, quando pertinente, à Secretaria de Estado da Saúde (SES/MS);
- A CGLP deverá atuar integrada às políticas de humanização e gestão de leitos hospitalares.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP) do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CGLP será composta por profissionais das áreas assistenciais, técnicas e administrativas com interface nos processos de internação e alta hospitalar.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Técnica, com mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CGLP:

- Identificar e monitorar pacientes com longa permanência hospitalar;
- Classificar os casos segundo causa da permanência (clínica, social, regulatória, institucional);
- Elaborar planos de cuidado e alta multiprofissional;
- Promover articulação com o NIR e o Serviço Social para regulação de leitos e desospitalização;

- Integrar-se com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Assistência Social (CRAS/CREAS);
- Avaliar indicadores de desempenho (tempo médio de permanência, taxa de ocupação prolongada, número de desospitalizações);
- Apoiar o NQSP na análise de riscos e eventos relacionados à permanência prolongada;
- Capacitar profissionais sobre gestão do cuidado continuado e desospitalização segura;
- Elaborar relatórios técnicos e recomendações à Direção;
- Promover ações de sensibilização sobre alta responsável e cuidado humanizado.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, quando necessário, de forma extraordinária.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CGLP em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CGLP e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CGLP	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico de pacientes em longa permanência	Levantamento de casos com internações ≥ 30 dias.	CGLP, NIR, SAME	Identificar perfil e causas da permanência.
Mês 3	Elaboração do Plano Institucional de Desospitalização	Definição de critérios, fluxos e responsabilidades.	CGLP, Serviço Social, Direção Técnica	Padronizar procedimentos.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 4	Integração com NIR e Rede de Atenção à Saúde	Articulação com unidades de retaguarda e ILPIs.	CGLP, NIR, SES/MS	Fortalecer continuidade do cuidado.
Mês 5	Capacitação sobre gestão de permanência prolongada	Treinamento multiprofissional.	CGLP, NEP	Promover cultura de alta segura e resolutive.
Mês 6	Implementação de indicadores e relatórios mensais	Taxa de permanência >30 dias, tempo médio de internação.	CGLP, NQSP	Monitorar desempenho e evolução.
Mês 7	Reuniões com a rede municipal de saúde e assistência	Alinhamento de fluxos interinstitucionais.	CGLP, SMS, CRAS	Garantir articulação da desospitalização.
Mês 8	Avaliação de casos críticos e encaminhamentos sociais	Análise multiprofissional e relatórios.	CGLP, Serviço Social	Resolver entraves regulatórios e sociais.
Mês 9	Relatório Trimestral de Desempenho	Consolidação dos dados e resultados.	CGLP, Direção Técnica	Acompanhar resultados e correções.
Mês 10	Oficina de Boas Práticas de Alta Segura	Discussão de casos e padronização de condutas.	CGLP, NEP	Aprimorar práticas de gestão clínica.
Mês 11	Reavaliação do Plano de Desospitalização	Revisão das estratégias de fluxo e metas.	CGLP, Direção Técnica	Aperfeiçoar processos internos.
Mês 12	Relatório Anual Consolidado e Planejamento 2026	Apresentação de resultados e plano para o próximo ano.	CGLP, Direção Técnica	Assegurar continuidade e melhoria contínua.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXVII – Regulação Assistencial.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestão de Leitos e Internações Prolongadas. Brasília: MS, 2019.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Continuity and Coordination of Care: Best Practices for Long-Stay Patients. Geneva: WHO, 2020.

2.1.14.7. Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)

Nome: Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)

Descrição

A **Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)** do **Hospital Regional Dr. José Simone Netto**, em Ponta Porã/MS, é uma instância multiprofissional, técnico-assistencial e humanitária vinculada à **Direção Técnica** e à **Direção Geral**, com apoio do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**, **Comissão de Humanização (CH)** e **Serviço Social**.

A CCP tem como finalidade **promover o cuidado integral, ético e humanizado ao paciente com doença ameaçadora da vida**, atuando na prevenção e no alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual.

A comissão visa garantir a **qualidade de vida e dignidade do paciente e de sua família**, fortalecendo o trabalho em equipe, a escuta ativa e o respeito às decisões clínicas e bioéticas, conforme as recomendações da **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e da **Resolução CFM nº 2.217/2018**.

Membros Componentes:

A **Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)** é multiprofissional, com mandato de 1 (um) ano, renovável, designada pela **Direção Técnica**:

- Coordenador da CCP (médico ou enfermeiro com formação ou experiência em cuidados paliativos);
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Direção de Enfermagem;
- Médico Clínico e/ou Intensivista;
- Enfermeiro Paliativista;
- Psicólogo;
- Assistente Social;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista;
- Capelão ou representante espiritual (quando aplicável);
- Representante do NQSP;
- Representante da Comissão de Humanização (CH);
- Representante do NEP (para formação continuada).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Estruturar formalmente a **Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)** com regimento interno aprovado;
- Elaborar e implantar o **Plano Institucional de Cuidados Paliativos**, com definição de fluxos e critérios de elegibilidade;
- Garantir a implementação da **Política Nacional de Cuidados Paliativos** conforme o **Projeto de Lei nº 10.406/2018** e diretrizes do **Ministério da Saúde**;
- Promover a **integração multiprofissional no manejo do paciente em terminalidade**;
- Garantir a **comunicação efetiva e humanizada** entre equipes, pacientes e familiares;
- Implantar protocolos clínicos para **controle de dor, sedação paliativa e plano de cuidado conjunto**;
- Implementar **indicadores de qualidade assistencial e de conforto** (satisfação familiar, tempo de internação, número de reinternações evitáveis);

- Estimular a **formação e educação permanente** das equipes em temas de ética, espiritualidade e comunicação em final de vida;
- Articular a atuação com a **Comissão de Humanização, Serviço Social e NIR**, visando planos de alta, continuidade do cuidado e acolhimento familiar;
- Elaborar **relatórios trimestrais e anuais** sobre atendimentos e resultados alcançados.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais**, para discussão de casos e deliberação de planos de cuidado;
- **Reuniões extraordinárias**, em situações de casos complexos ou demandas urgentes;
- Todas as reuniões serão registradas em **ata**, com pautas, responsáveis e encaminhamentos definidos.

Controle pela Direção Técnica

- A **Direção Técnica** supervisionará as ações da CCP e acompanhará os relatórios de desempenho e resultados;
- Os **relatórios trimestrais e anuais** deverão ser encaminhados à Direção Geral e ao NQSP;
- A CCP deverá atuar integrada às políticas institucionais de **humanização, ética e segurança do paciente**, promovendo o cuidado centrado na pessoa.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A CCP será composta por equipe multiprofissional das áreas assistenciais e de apoio.

Art. 3º Os membros serão designados pela Direção Técnica, com mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da CCP:

- Planejar e implementar o **Programa Institucional de Cuidados Paliativos**;

- Garantir a **abordagem integral e interdisciplinar** do paciente e de sua família;
- Elaborar e implantar **protocolos clínicos e fluxos assistenciais**;
- Identificar pacientes elegíveis e propor **planos individualizados de cuidado**;
- Promover o **acolhimento humanizado e comunicação empática** com familiares;
- Apoiar decisões clínicas em situações de terminalidade e **bioética**;
- Articular-se com o **NIR** e o **Serviço Social** na definição de planos de alta ou continuidade do cuidado;
- Garantir **registro sistemático das condutas e decisões clínicas**;
- Estimular a **formação permanente** em cuidados paliativos e ética assistencial;
- Elaborar **relatórios e pareceres técnicos** à Direção;
- Integrar-se com a **Comissão de Humanização (CH)** e o **NQSP** na consolidação da cultura do cuidado centrado na pessoa.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, quando necessário, de forma extraordinária.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela CCP em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção.

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Cuidados Paliativos (CCP)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da CCP e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação CCP	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico situacional dos casos elegíveis	Levantamento de pacientes com perfil paliativo.	CCP, Enfermagem, Serviço Social	Identificar demanda e perfil assistencial.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 3	Elaboração do Plano Institucional de Cuidados Paliativos	Definição de critérios, fluxos e protocolos.	CCP, Direção Técnica	Padronizar processos e condutas.
Mês 4	Capacitação multiprofissional inicial	Formação introdutória em cuidados paliativos e comunicação empática.	CCP, NEP	Qualificar as equipes assistenciais.
Mês 5	Implantação dos protocolos assistenciais	Implementação de fluxos clínicos e registro de planos de cuidado.	CCP, Enfermagem, Corpo Clínico	Assegurar abordagem integrada.
Mês 6	Integração com CH, NIR e Serviço Social	Articulação de planos de alta e continuidade do cuidado.	CCP, CH, NIR	Garantir desospitalização humanizada.
Mês 7	Avaliação dos indicadores de conforto e cuidado	Análise de satisfação familiar e evolução clínica.	CCP, NQSP	Monitorar efetividade e humanização.
Mês 8	Roda de conversa com famílias e equipes	Ações educativas e de acolhimento.	CCP, Psicologia, Serviço Social	Fortalecer vínculo e comunicação.
Mês 9	Revisão dos protocolos e fluxos	Atualização conforme práticas assistenciais.	CCP, Direção Técnica	Aperfeiçoar processos.
Mês 10	Relatório Trimestral e discussão de casos complexos	Análise crítica e de propostas de melhoria.	CCP, Direção Técnica	Consolidar resultados e boas práticas.
Mês 11	Evento “Semana de Cuidados Paliativos”	Atividades educativas e sensibilização institucional.	CCP, NEP, Comunicação	Disseminar cultura do cuidado integral.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 12	Relatório Anual Consolidado e Planejamento 2026	Compilação de dados e definição de novas metas.	CCP, Direção Técnica	Garantir continuidade e amadurecimento institucional.

Referências Bibliográficas (ABNT)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Define e regulamenta os cuidados paliativos no âmbito da medicina.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de Cuidados Paliativos. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Health Systems: A WHO Guide**. Geneva: WHO, 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

2.1.14.8. *COREME (Comissão de Residência Médica)*

Nome: COREME (Comissão de Residência Médica)

A Comissão de Residência Médica (COREME) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é uma proposta de implantação que visa regular e supervisionar as atividades dos programas de residência médica na área pediátrica. O objetivo da COREME é assegurar a qualidade da formação dos médicos residentes, promovendo uma formação sólida e integrada, alinhada às necessidades de saúde da população infantil.

Membros Componentes:

A **COREME** será composta por profissionais com experiência em educação médica e prática clínica, garantindo uma abordagem abrangente na supervisão dos programas de residência. A composição mínima incluirá:

- **Coordenador de Residência Médica** (preferencialmente um médico com experiência em educação médica);
- **Pediatra com experiência em ensino;**
- **Médico especialista em áreas relacionadas à saúde da criança** (ex: cardiologia pediátrica, neurologia pediátrica);
- **Enfermeiro com experiência em cuidados pediátricos;**
- **Assistente Social;**
- **Representante do Núcleo de Educação Permanente;** e
- **Representante da Comissão de Ética em Medicina.**

Objetivos da COREME para o Primeiro Ano de Implantação

A Comissão de Residência Médica do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos específicos:

- Desenvolver e implementar um regulamento para os programas de residência médica, em conformidade com as diretrizes do **Ministério da Saúde** e da **Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)**.
- Promover a articulação entre as diversas especialidades médicas e a prática pediátrica, facilitando a formação integral dos residentes e a prática colaborativa entre os profissionais.
- Monitorar e avaliar a qualidade das atividades de formação e supervisão dos residentes, garantindo que as práticas estejam alinhadas com as melhores evidências e protocolos de atendimento pediátrico.
- Fomentar projetos de pesquisa e a produção de conhecimento no âmbito da residência, incentivando os residentes a desenvolver pesquisas que contribuam para a melhoria da assistência à saúde infantil.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o **Núcleo de Educação Permanente** e a **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, para promover uma abordagem colaborativa na formação e cuidado.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **COREME** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Coordenador da COREME** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da **COREME**.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A **COREME** deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de atividades dos programas de residência, ações realizadas e propostas de melhorias.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME), vinculada à Direção Médica do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A **COREME** tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a qualidade da formação dos médicos residentes na área pediátrica.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A **COREME** será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da COREME

Art. 5º São atribuições da **COREME**:

- Desenvolver e implementar regulamento para os programas de residência médica.
- Promover a articulação entre as especialidades médicas e a prática pediátrica.
- Monitorar e avaliar a qualidade das atividades de formação.
- Fomentar projetos de pesquisa e a produção de conhecimento.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos para garantir uma abordagem colaborativa.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A **COREME** se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Coordenador da COREME**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela **COREME** em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela **Direção Médica**.

Cronograma de Implantação da COREME

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão de Residência Médica (COREME)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da COREME e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação COREME	Estruturar formalmente a comissão.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 2	Diagnóstico institucional e levantamento de programas	Identificação das áreas e serviços aptos à residência médica.	COREME, Direção Técnica	Definir especialidades elegíveis.
Mês 3	Elaboração do Projeto Pedagógico dos Programas (PPP)	Construção da matriz de competências e cronograma teórico-prático.	COREME, Corpo Clínico, NEP	Alinhar o ensino à prática assistencial.
Mês 4	Credenciamento junto à CNRM/MEC	Envio da documentação técnica e pedagógica.	COREME, Direção Geral	Formalizar o reconhecimento dos programas.
Mês 5	Seleção e ingresso dos residentes	Processo seletivo em conformidade com a legislação vigente.	COREME	Garantir transparência e mérito acadêmico.
Mês 6	Capacitação dos preceptores e tutores	Formação pedagógica e clínica.	COREME, NEP	Qualificar corpo docente-assistencial.
Mês 7	Início das atividades assistenciais e pedagógicas	Acompanhamento supervisionado dos residentes.	COREME, Corpo Clínico	Garantir ensino prático seguro e ético.
Mês 8	Implementação dos indicadores educacionais	Avaliação formativa, desempenho assistencial e satisfação.	COREME, NQSP	Monitorar resultados e qualidade do ensino.
Mês 9	Relatório Semestral à CNRM e Direção Técnica	Consolidação dos dados pedagógicos e assistenciais.	COREME	Cumprir exigências regulatórias.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 10	Avaliação dos programas e feedback dos residentes	Aplicação de instrumentos avaliativos e reuniões pedagógicas.	COREME, NEP	Promover melhoria contínua dos programas.
Mês 11	Planejamento do novo ciclo formativo	Ajustes curriculares e pedagógicos.	COREME, Corpo Clínico	Atualizar a formação conforme novas demandas.
Mês 12	Relatório Anual e Planejamento 2026	Compilação de resultados e definição de metas futuras.	COREME, Direção Técnica	Garantir continuidade e aprimoramento.

Referências

BRASIL. **Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 29 de dezembro de 2016.** Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. DOU, 30 dez. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Manuais para o fortalecimento das residências em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/publicacoes/manual-1-orientacao-para-abertura-de-programa-de-residencia-medica--web.pdf>. Acesso em: 08 out. 2025.

CALEMAN, G. **Inserção do Hospital na Rede Escola de Cuidado / Equipes de Referência e Apoio Matricial.** São Carlos: Plano de Trabalho para implantação do Hospital Escola Municipal - Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci, 2007.

BRASIL. **Ministério da Educação.** Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre a Residência Médica e dá outras providências.

BRASIL. **Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).** Resolução nº 02, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre o funcionamento das COREME e PRMs.

BRASIL. **CNRM**. Resolução nº 35, de 9 de outubro de 2018. Regulamenta a avaliação e acompanhamento dos programas de residência médica.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Competency Framework for Health Workforce Education**. Geneva: WHO, 2021.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente.

2.1.14.9. COREMU (Comissão de Residência Multidisciplinar)

Nome: Comissão de Residência Multidisciplinar (COREMU)

A Comissão de Residência Multidisciplinar (COREMU) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é uma proposta de implantação que visa integrar e supervisionar as atividades dos programas de residência na área da saúde, com enfoque na formação de profissionais qualificados para o atendimento pediátrico. O objetivo da COREMU é garantir a qualidade da formação dos residentes, promovendo uma abordagem multidisciplinar que atenda às necessidades de saúde da população infantil.

Membros Componentes:

A **COREMU** será composta por profissionais com experiência em ensino e saúde, assegurando uma abordagem abrangente na supervisão dos programas de residência. A composição mínima incluirá:

- **Coordenador de Residência Multidisciplinar** (preferencialmente um profissional com experiência em educação e gestão de programas de residência);
- **Médico Pediatra;**
- **Enfermeiro;**
- **Psicólogo;**
- **Fisioterapeuta;**

- **Nutricionista;**
- **Assistente Social;** e
- **Representante do Núcleo de Educação Permanente.**

Objetivos da COREMU para o Primeiro Ano de Implantação

A Comissão de Residência Multidisciplinar do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos específicos:

- Desenvolver e implementar um regulamento para os programas de residência, em conformidade com as diretrizes do **Ministério da Saúde** e da **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)**.
- Promover a articulação entre as diversas áreas de atuação da saúde, facilitando a formação integral dos residentes e a prática colaborativa entre as diferentes disciplinas.
- Monitorar e avaliar a qualidade das atividades de formação e supervisão dos residentes, garantindo que as práticas estejam alinhadas com as melhores evidências e protocolos de atendimento pediátrico.
- Fomentar a pesquisa e a produção de conhecimento no âmbito da residência, incentivando os residentes a desenvolver projetos de pesquisa que contribuam para a melhoria da assistência à saúde infantil.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o **Núcleo de Educação Permanente** e a **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, para promover uma abordagem colaborativa na formação e cuidado.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **COREMU** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Coordenador da COREMU** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da COREMU.

- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A **COREMU** deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de atividades dos programas de residência, ações realizadas e propostas de melhorias.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Residência Multidisciplinar (COREMU), vinculada à Direção Médica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A COREMU tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a qualidade da formação dos residentes na área da saúde.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A **COREMU** será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da COREMU

Art. 5º São atribuições da **COREMU**:

- Desenvolver e implementar regulamento para os programas de residência.
- Promover a articulação entre as áreas de atuação da saúde.
- Monitorar e avaliar a qualidade das atividades de formação.
- Fomentar a pesquisa e a produção de conhecimento.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos para garantir uma abordagem colaborativa.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A **COREMU** se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Coordenador da COREMU**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela **COREMU** em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Médica do Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Cronograma de Implantação da COREMU

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da COREMU e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação COREMU	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Diagnóstico institucional e definição das áreas prioritárias	Levantamento das áreas com potencial para residência multiprofissional.	COREMU, Direção Técnica	Definir escopo dos programas.
Mês 3	Elaboração dos Projetos Pedagógicos dos Programas (PPP)	Definição de matriz de competências, carga horária e supervisão.	COREMU, NEP	Padronizar a estrutura pedagógica.
Mês 4	Credenciamento junto à CNRMS/MEC	Envio da documentação técnica e institucional.	COREMU, Direção Geral	Formalizar o reconhecimento dos programas.
Mês 5	Seleção dos residentes	Realização do processo seletivo e	COREMU	Iniciar os programas conforme edital.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		publicação dos resultados.		
Mês 6	Início das atividades formativas	Início das práticas supervisionadas e atividades teóricas.	COREMU, Preceptores	Garantir integração ensino-serviço.
Mês 7	Implementação dos indicadores educacionais	Monitoramento da evolução acadêmica e assistencial.	COREMU, NQSP	Acompanhar qualidade formativa.
Mês 8	Capacitação dos tutores e preceptores	Formação docente sobre metodologias ativas e avaliação.	COREMU, NEP	Fortalecer prática pedagógica.
Mês 9	Avaliação de desempenho semestral	Aplicação de instrumentos de avaliação dos programas.	COREMU	Identificar pontos de melhoria.
Mês 10	Integração interprofissional e projetos de extensão	Oficinas e práticas integradas com residentes.	COREMU, CH	Promover interdisciplinaridade.
Mês 11	Relatório Anual de Atividades	Consolidação dos resultados e envio à CNRMS.	COREMU, Direção Técnica	Cumprir exigências regulatórias.
Mês 12	Planejamento Estratégico 2026	Revisão dos planos pedagógicos e definição de metas.	COREMU, Direção Técnica	Garantir sustentabilidade e melhoria contínua.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde. Resolução CNRM nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1209/-resolucao-cnrm-n-2>. Acesso em: 08 out. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Manuais para o Fortalecimento das Residências em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sqtes/residencias-em-saude/publicacoes/manual-1-orientacao-para-abertura-de-programa-de-residencia-medica_-web.pdf. Acesso em: 08 out. 2025.

2.1.14.10. *DEP*

Nome: Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP)

O Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é uma iniciativa a ser implantada, com o objetivo de integrar e promover atividades de ensino e pesquisa na área da saúde pediátrica. O DEP visa fomentar a formação contínua de profissionais de saúde, além de desenvolver e apoiar pesquisas que contribuam para a melhoria da qualidade do atendimento e para a implementação de práticas baseadas em evidências.

Membros Componentes:

O **DEP** será composto por profissionais com perfis acadêmicos e clínicos que desempenham papéis essenciais na educação e pesquisa. A composição mínima incluirá:

- **Coordenador do DEP** (preferencialmente um profissional com experiência em ensino e pesquisa);
- **Médico Pediatra** com experiência em pesquisa clínica;
- **Enfermeiro** com formação em Educação e/ou Pesquisa;
- **Psicólogo**;
- **Representante da Comissão de Ética em Pesquisa**; e
- **Representante do Núcleo de Educação Permanente.**

Objetivos do DEP para o Primeiro Ano de Implantação

O Departamento de Ensino e Pesquisa Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos:

- Desenvolver e implementar um plano estratégico para o ensino e a pesquisa, alinhado às necessidades do hospital e às demandas da saúde pediátrica, em conformidade com as diretrizes do **Ministério da Saúde** e da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**.

- Promover programas de formação e capacitação para profissionais de saúde, incluindo cursos, workshops e seminários que abordem temas relevantes para a prática clínica pediátrica e a pesquisa em saúde.
- Facilitar a realização de pesquisas clínicas e acadêmicas no hospital, promovendo a colaboração entre profissionais de saúde e instituições acadêmicas, e apoiando o processo de submissão de projetos à **Comissão de Ética em Pesquisa**.
- Criar um banco de dados de pesquisas realizadas e em andamento, bem como de publicações científicas relacionadas à saúde pediátrica, visando a disseminação do conhecimento produzido.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o **Núcleo de Educação Permanente** e a **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, para promover uma abordagem colaborativa na formação e pesquisa.

Frequência de Reuniões

- As reuniões do **DEP** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Coordenador do DEP** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações do DEP.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- O DEP deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de atividades, projetos de pesquisa em andamento, ações realizadas e propostas de melhorias.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento do Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP), vinculado à Direção Médica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º O DEP tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a integração entre ensino e pesquisa na saúde pediátrica.

Capítulo II – Composição

Art. 3º O **DEP** será composto por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições do DEP

Art. 5º São atribuições do **DEP**:

- Planejar, coordenar e supervisionar as **atividades de ensino e pesquisa**;
- Elaborar e revisar o **Regimento Interno de Pesquisa e Ensino**;
- Promover a **integração ensino-serviço-comunidade**;
- Estimular a **pesquisa aplicada, inovação e produção científica**;
- Apoiar as **Comissões de Residência (COREME e COREMU)** e o **NEP**;
- Gerir os **projetos de pesquisa, estágios e eventos científicos**;
- Garantir o cumprimento dos **preceitos éticos da pesquisa com seres humanos** (Resolução CNS nº 466/2012);
- Implantar **indicadores de ensino, pesquisa e extensão**;
- Promover **parcerias técnico-científicas** com instituições de ensino e órgãos de fomento;
- Apoiar a **publicação de artigos, capítulos e relatórios técnicos**;
- Realizar **seminários, simpósios e jornadas científicas**;
- Elaborar **relatórios técnicos de desempenho e produtividade científica**;
- Contribuir para o fortalecimento da **gestão do conhecimento e da inovação institucional**.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º O DEP se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Coordenador do DEP**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo **DEP** em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela **Direção Médica**.

Cronograma de Implantação do DEP

Período: 1º Ano de Implantação do Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal do DEP e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação DEP	Estruturar formalmente o departamento.
Mês 2	Diagnóstico situacional das atividades de ensino e pesquisa	Levantamento de programas, estágios e pesquisas em andamento.	DEP, NEP, COREME, COREMU	Mapear cenário atual.
Mês 3	Elaboração da Política Institucional de Ensino e Pesquisa	Definição de diretrizes e responsabilidades.	DEP, Direção Técnica	Padronizar práticas e normativas.
Mês 4	Criação do Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa	Estruturação de fluxos, formulários e controle de projetos.	DEP, TI	Organizar e formalizar submissões.
Mês 5	Capacitação de profissionais e	Curso introdutório de pesquisa e ética.	DEP, NEP	Fomentar cultura científica.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	residentes em metodologia científica			
Mês 6	Estabelecimento de parcerias acadêmicas	Convênios com universidades e instituições de ensino.	DEP, Direção Geral	Ampliar a inserção científica.
Mês 7	Implantação de indicadores de ensino e pesquisa	Definição de métricas e monitoramento de resultados.	DEP, NQSP	Acompanhar desempenho institucional.
Mês 8	Realização de eventos científicos institucionais	Semana de Pesquisa, Mostra de Trabalhos ou Jornada Científica.	DEP, COREMU, COREME	Divulgar produção científica.
Mês 9	Publicação de boletim científico institucional	Compilação de pesquisas e produções internas.	DEP, Comunicação	Valorizar e disseminar resultados.
Mês 10	Revisão das diretrizes pedagógicas e parcerias	Avaliação das metas alcançadas e propostas de melhoria.	DEP, Direção Técnica	Fortalecer integração ensino-serviço.
Mês 11	Relatório Anual de Ensino e Pesquisa	Consolidação de resultados e indicadores.	DEP, Direção Técnica	Cumprir exigências regulatórias.
Mês 12	Planejamento Estratégico 2026	Definição de metas e cronograma do ciclo seguinte.	DEP, Direção Geral	Garantir sustentabilidade das ações.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas em seres humanos.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva: WHO, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

2.1.14.11. Núcleo de Educação Permanente

Nome: Núcleo de Educação Permanente

O Núcleo de Educação Permanente Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por promover a formação e o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde que atuam no atendimento pediátrico. O objetivo do Núcleo é garantir que a equipe esteja sempre atualizada em relação às melhores práticas, legislações vigentes e inovações na área da saúde, visando a melhoria da qualidade do atendimento às crianças e suas famílias.

Membros Componentes:

O **Núcleo de Educação Permanente** será composto por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, assegurando uma abordagem multidisciplinar na promoção da educação permanente. A composição mínima incluirá:

- **Coordenador Pedagógico**
- **Enfermeiro Educador**
- **Médico Pediatra**
- **Psicólogo**
- **Assistente Social**
- **Representante do Núcleo de Segurança do Paciente**

Objetivos do Núcleo para o Primeiro Ano de Mandato

O **Núcleo de Educação Permanente** terá como principais objetivos:

- Desenvolver e implementar um plano de educação permanente que aborde as necessidades específicas dos profissionais que atuam na área pediátrica, em conformidade com as diretrizes do **Ministério da Saúde** e da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**.
- Promover cursos, workshops e seminários sobre temas relevantes para a prática clínica pediátrica, incluindo atualização sobre protocolos de atendimento, segurança do paciente e novas tecnologias em saúde.
- Fomentar a cultura de aprendizagem contínua, incentivando a participação dos profissionais em eventos externos e na troca de experiências com outras instituições de saúde.
- Avaliar a eficácia das ações de educação permanente, coletando feedback dos participantes e ajustando as atividades conforme necessário para atender às demandas da equipe.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o **Núcleo de Segurança do Paciente** e o **Comitê de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, para garantir uma abordagem colaborativa na formação dos profissionais.

Frequência de Reuniões

- As reuniões do **Núcleo de Educação Permanente** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Coordenador do Núcleo** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações do Núcleo.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- O Núcleo deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de participação, ações realizadas e propostas de melhorias para a educação permanente.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º O NEP será composto por equipe multiprofissional das áreas técnico-assistenciais e administrativas, com atuação direta nas ações de capacitação e ensino.

Art. 3º O mandato dos membros será de 2 (dois) anos, podendo haver recondução.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições do NEP:

- Planejar, coordenar e avaliar o Plano Anual de Educação Permanente (PAEP);
- Identificar necessidades de capacitação a partir das demandas institucionais e indicadores de desempenho;
- Promover ações educativas presenciais e EAD;
- Apoiar as atividades do DEP, COREME, COREMU e NQSP;
- Garantir a atualização dos profissionais em protocolos, normas e rotinas institucionais;
- Fomentar a educação interprofissional e a aprendizagem significativa no trabalho;
- Estimular práticas reflexivas e metodologias ativas de ensino;
- Promover a integração de novos colaboradores e o desenvolvimento de lideranças;
- Avaliar a efetividade das ações educativas, com base em indicadores de impacto;
- Organizar campanhas e eventos educativos temáticos;
- Registrar e divulgar os resultados das ações do NEP;
- Elaborar relatórios técnicos e de resultados à Direção Técnica e ao DEP.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, quando necessário, de forma extraordinária.

Art. 6º As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pelo NEP em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Geral.

Cronograma Anual de Implantação

Período: 1º Ano de Implantação do Núcleo de Educação Permanente (NEP)

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal do NEP e nomeação dos membros	Elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, Coordenação NEP	Estruturar o núcleo.
Mês 2	Diagnóstico das necessidades de capacitação	Levantamento junto às chefias e comissões.	NEP, RH, DEP	Identificar prioridades educativas.
Mês 3	Elaboração do Plano Anual de Educação Permanente (PAEP)	Definição de temas, cronograma e recursos.	NEP, DEP, Direção Técnica	Planejar as ações formativas.
Mês 4	Programa de Integração Institucional	Acolhimento e ambientação de novos colaboradores.	NEP, RH, Comunicação	Promover pertencimento e cultura organizacional.
Mês 5	Capacitação em Segurança do Paciente e Boas Práticas	Treinamentos sobre protocolos obrigatórios e metas internacionais.	NEP, NQSP, NSP	Fortalecer cultura de segurança.
Mês 6	Formação de multiplicadores institucionais	Identificação e capacitação de profissionais referência.	NEP, DEP	Garantir continuidade educativa.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 7	Oficinas de Comunicação e Trabalho em Equipe	Dinâmicas para integração e cultura colaborativa.	NEP, CH	Melhorar ambiente de trabalho e clima institucional.
Mês 8	Avaliação de impacto das capacitações	Coleta e análise de indicadores educacionais.	NEP, NQSP	Medir resultados e ajustar estratégias.
Mês 9	Semana de Educação Permanente em Saúde	Evento científico-institucional.	NEP, DEP, Comunicação	Valorizar o conhecimento e as boas práticas.
Mês 10	Revisão do Plano de Capacitação e novos temas	Atualização conforme demandas emergentes.	NEP, Direção Técnica	Garantir flexibilidade e atualização contínua.
Mês 11	Relatório Anual de Educação Permanente	Consolidação dos resultados obtidos.	NEP, DEP	Documentar impacto e resultados.
Mês 12	Planejamento Estratégico 2026	Definição de metas e plano do próximo ciclo.	NEP, Direção Técnica	Garantir sustentabilidade e melhoria contínua.

Plano de Treinamento (PAT).

O **Plano Anual de Treinamento** constitui um instrumento estratégico do **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**, voltado ao desenvolvimento contínuo das competências técnicas, comportamentais e gerenciais dos colaboradores do Instituto Social Mais Saúde (ISMS). Este plano organiza, de forma sistematizada, as ações educativas planejadas para o período, em consonância com as diretrizes institucionais, os programas de qualidade e segurança do paciente, e as legislações vigentes do Ministério da Saúde e do Trabalho. Sua implantação busca fortalecer a cultura de aprendizado permanente, garantir a atualização das práticas assistenciais e operacionais, e promover o alinhamento entre a capacitação das equipes e os objetivos

estratégicos da instituição, assegurando a excelência na assistência e a conformidade com os requisitos de acreditação e normativas regulatórias.

Conforme Levantamento de Necessidade de Treinamentos (LNT) para processo de implantação segue sugestão de **Plano de Treinamento (PAT)**.

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 1	NR32 - Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Garantir a segurança dos colaboradores e a conformidade com as normas legais relacionadas à saúde ocupacional	SESMT	Normativo	-
Mês 1	Manuseio Correto dos saneantes	SHL	1h	In Loco	Colaboradores do SHL	Capacitar o manuseio correto dos saneantes	Sup. SHL e SCIH	Técnico-operacional	-
Mês 1	Ação janeiro branco / Saúde Mental	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Sensibilizar os trabalhadores sobre cuidados com a saúde mental.	Equipe Multiprofissional	Comportamental	-
Mês 1	Treinamento Operacional do sistema laboratorial Matrix	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Melhorar o relacionamento dos colaboradores entre si e com os demais setores.	Externo	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 1	Manuseio correto de equipamentos	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Capacitar quanto ao manuseio correto da lavadora e secadora e uso de saneantes	Externo	Técnico-operacional	-
Mês 1	Processo de notificação de ocorrência	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Disseminação do processo da notificação de ocorrência	Equipe NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 1	Compreensão e aplicação de Protocolos de Imagem	SADT	1h	In Loco	Técnicos em Radiologia	Abordagem prática sobre o desenvolvimento, implementação e revisão de protocolos de imagem para garantir a consistência e a qualidade dos resultados.	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-
Mês 1	Normas de precaução e medidas de isolamento para	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Fomentar a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Disseminar as medidas específicas para	Equipe SCIH	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
	vigilância de germes MDR					prevenir sua disseminação de germes MDR			
Mês 1	Brigada de Incêndio	SESMT	1h	Auditório e In Loco	Brigadistas	Cumprimento da NR 23 e IT nº 08	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 1	Choque circulatório	UTI e UI	1h	Auditório	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 1	NR 32	UTI UI	1h	On-Line	Médicos UTI e UI	Orientações sobre a NR 32.	SEMST	Técnico-operacional	-
Mês 1	Gestão de Qualidade de alimentos	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 1	Comunicação assertiva e Técnicas de feedback	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Promoverem um ambiente de trabalho mais transparente, colaborativo e voltado para a melhoria contínua, elementos essenciais para o sucesso e a inovação dentro das organizações.	NEP	Comportamental	-
Mês 2	Documentos obrigatórios para fiscalização em UANS	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 2	Biossegurança	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Promover contenção do risco de exposição a agentes potencialmente nocivos ao trabalhador, pacientes e meio ambiente, de modo que	Equipe do SESMT	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						este risco seja minimizado ou eliminado.			
Mês 2	Precauções e Isolamentos	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial; SHL; Recepção; e Controladores de Acesso	Garantir biossegurança e Prevenção de Transmissão Cruzada de microrganismos	Equipe SCIH	Técnico-operacional	-
Mês 2	Trabalho em Equipe	SADT	1h	Auditório	Técnicos em Radiologia	Promover práticas e atitudes que visem melhorar o relacionamento entre as equipes	Coord.de Radiologia	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 2	Mapeamento de processo	NQSP	1h	Auditório	Liderança	Implantação da gestão integrada: mapear processos e interação entre os processos	Coord. NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 2	Relacionamento interpessoal	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Melhorar o relacionamento dos colaboradores entre si e com os demais setores.	Coordenação do Laboratório	Comportamental	-
Mês 2	Código de Ética e Conduta do Colaborador	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Apresentar o Código de Ética e Conduta do Colaborador, a fim de conhecimento a todo o efetivo.	Coord. de gestão de pessoas e jurídico	Normativo	-
Mês 2	Sistema de Gestão de Manutenção Neovero	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Capacitar os colaboradores no uso do sistema de gestão, garantindo a eficiência e	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						rastreabilidade das manutenções.			
Mês 2	Jornada de Liderança	RH	1h	Auditório	Liderança	Fortalecimento da gestão de equipes e a promoção de um ambiente organizacional mais eficiente, colaborativo e orientado a resultados	Externo	Comportamental	-
Mês 2	Orientações sobre o fluxo de gestão de Acesso	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Padronização quanto ao fluxo controle de acesso.	Supervisor	Técnico-operacional	-
Mês 2	Monitorização Hemodinâmica e DVA	UTI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UTI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 2	Cuidados gerais ao paciente no pré e pós cirúrgico	UI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 3	Hipertensão intracraniana	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 3	NR-10 - Segurança Em Instalações E Serviços Em Eletricidade	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Reduzir riscos associados a operação e manutenção em instalações elétricas.	SESMT	Normativo	-
Mês 3	EPI'S	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Instruir sobre a paramentação com os EPI'S	SESMT	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 3	O estresse e seus impactos no ambiente de trabalho	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Sensibilizar os trabalhadores sobre os sintomas e os impactos do estresse no ambiente de trabalho, enfatizando boas práticas para prevenir e combater o estresse	Equipe Psicologia e SESMT	Comportamental	-
Mês 3	Coletas de materiais biológicos	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Aprimorar o conhecimento para a adequada coleta dos diversos materiais biológicos.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 3	Manejo de contrastes em Exames Radiológicos	SADT	1h	Auditório	Equipe do SADT	Explicar os diferentes agentes de contraste, seus usos apropriados, administração segura e monitoramento de reações adversas.	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 3	Protocolo de prevenção de ITU	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Garantir a Lei 2616 RDC07/10	Equipe SCIH e CCIH	Normativo	-
Mês 3	Ação abril verde / importância da saúde e segurança no trabalho	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Fomentar conscientização sobre a importância da saúde e segurança no trabalho.	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 3	Desperdício de alimentos	SND	1h	In Loco	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 3	NR 32 – Não uso de adornos	SHL	30min	In Loco	Colaboradores do SHL	Prevenção e Controle de Infecção	Sup. SHL e SCIH	Normativo	-
Mês 3	Formação de Equipes e Gestão de Conflitos	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Essa abordagem fortalece a estrutura interna da organização, mas também potencializa a capacidade		Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						de enfrentar desafios e promover o desenvolvimento sustentável dos colaboradores e da instituição como um todo.			
Mês 4	Score de avaliação de deterioração clínica do paciente	UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UI	Melhoria nos cuidados e avaliação ao paciente	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 4	LIMPEZA TERMINAL Limpeza terminal e limpeza concorrente	SHL	1h	In Loco	Colaboradores do SHL	Auxiliar no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), na segurança dos pacientes e profissionais, e na manutenção de um ambiente hospitalar adequado para o cuidado em saúde	Sup. SHL	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 4	Resoluções de Conflitos internos e externos da equipe de trabalho	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 4	Primeiros Socorros	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Capacitar os colaboradores para que saibam como agir de forma rápida e eficaz em situações de emergência, proporcionando assistência imediata a vítimas de acidentes, doenças súbitas ou qualquer outro tipo de emergência.	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 4	Manejo de Situações de Emergência em Radiodiagnóstico	SADT	1h	Auditório	Equipe do SADT	Proporcionar treinamento para lidar com situações de emergência, como reações alérgicas a contrastes, paradas	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						cardíacas e outros eventos críticos.			
Mês 4	Comunicação	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Reforçar os registros e a comunicação clara e assertiva entre os colaboradores e demais setores.	Coordenação do Laboratório e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 4	Abril pela segurança do Paciente	NQSP	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Compartilhar conhecimento e práticas seguras, além de divulgar o papel dos serviços na promoção da segurança do paciente	NQSP e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 4	Como Preencher Corretamente a	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Liderança	Assegurar a conformidade com a Legislação, trazer melhorias no processo do registro de ponto e alinhar	Coord. de gestão de Pessoas	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
	Ocorrência de Ponto					a comunicação efetiva com o DP			
Mês 4	Sistema de gases medicinais: operação, manutenção e segurança.	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Assegurar o funcionamento contínuo e seguro dos sistemas de gases medicinais, essenciais para operação do EAS.	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-
Mês 4	Manual do Controlador	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Orientar quanto a importância de colocar em prática o Manual do Controlador e sua disseminação.	Supervisor	Técnico-operacional	-
Mês 4	Morte Encefálica	UTI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 5	Estado de Mal Epilético	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 5	Metodologia 5S	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	Auditório	Colaboradores da EH e EC	Melhorar a organização, produtividade e segurança no ambiente de trabalho por meio de práticas sistematizadas.	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-
Mês 5	Comunicação não violenta e gestão de conflito	RH	1h	In Loco	Todos os Colaboradores	Construir relacionamentos mais satisfatórios entre os trabalhadores, bem como gerar mais proximidades; Promover empatia e resolução de conflitos	Equipe Psicologia e Gestão de Pessoas	Comportamental	-
Mês 5	Exames de coagulação	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Treinar os colaboradores quanto a forma de análise	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						e avaliação dos exames e como reportá-los.			
Mês 5	Metas de segurança do paciente	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Capacitar os colaboradores a adotar práticas e comportamentos que visam a prevenção de incidentes, erros médicos e garantia da segurança dos pacientes.	Coord.de Radiologia e NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 5	Higienização das mãos	SCIH	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Prevenção de IRAS e Transmissão Cruzada de microrganismos.	Equipe SCIH e CCIH	Técnico-operacional	-
Mês 5	PGR E PCMSO	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Informar os riscos das atividades laborais	Equipe do SESMT	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 5	Gerenciamento de Tempo	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 5	Planejamento estratégico e visão do futuro	NEP	1h	Auditório	Líderes	Consolida uma cultura organizacional voltada para o futuro, garantindo que a instituição esteja bem posicionada para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades em um cenário dinâmico.	NEP	Comportamental	-
Mês 6	Identidade Organizacional	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Apresentação da identidade organizacional a fim de conhecimento a todo o efetivo.	Coord. de gestão de Pessoas	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 6	Eletrocardiotocógrafa	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 6	Atendimento Humanizado	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Sensibilizar quanto a importância do atendimento humanizado.	Supervisor e Humanização	Comportamental	-
Mês 6	Simulação PCR	UI	1h	Sala realística	Equipe Assistencial UI	Melhoria ao cuidado do paciente	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 6	Conceito e importância de Boas Práticas	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 6	Capacitação dos novos integrantes - CIPA	SESMT	1h	Auditório	Membros da CIPA	Cumprimento da NR 05	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 6	SIPAT	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Cumprimento da gestão da CIPA	Equipe do SESMT e CIPA	Normativo	-
Mês 6	Redução de dose em Radiodiagnóstico	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Proporcionar treinamento sobre técnicas avançadas para otimizar a dose de radiação, reduzindo o risco para os pacientes e a equipe médica	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-
Mês 6	Indicadores laboratórios	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Disseminar o conhecimento sobre os indicadores, coletas de dados, análises e interpretações.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório ou legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 6	Instrução de trabalho da Lavanderia	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Capacitar a equipe referente as instruções de trabalho do setor	Sup. da Lavanderia	Técnico-operacional	-
Mês 6	Performance: indicadores	NQSP	1h	Auditório	Liderança	Formação da gestão de excelência em gestão	Coord. NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 6	Preenchimento correto dos formulários do setor	SHL	1h	Auditório	Colaboradores do SHL	Capacitar os colaboradores quanto ao preenchimento correto dos formulários de limpeza concorrente e terminais.	Sup. SHL	Técnico-operacional	-
Mês 6	Princípios de Ventilação Mecânica	UTI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UTI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 7	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI e UI	Técnico-operacional	-
Mês 7	Uso correto de EPI'S	SESMT	1h	In Loco	Todos os Colaboradores	Assegurar a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual para prevenir acidentes e garantir a segurança da equipe técnica.	SESMT	Normativo	-
Mês 7	Orientações sobre acionamentos, alta a pedido, violência (rede sociojurídica, MP, Conselho Tutelar, violação de direito, sigilo)	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com situações complexas de forma ética, legal e eficaz, protegendo os direitos das partes envolvidas e	Conselho Tutelar Regional	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						assegurando a qualidade do atendimento			
Mês 7	Líquidos cavitários	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Atualizar os colaboradores quanto ao preparo e execução do exame	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 7	Identificação dos Perigos na Alimentação	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord.de Radiologia	Normativo	-
Mês 7	Ação julho amarelo / Hepatites Virais	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Visa conscientizar sobre a importância da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das Hepatites Virais	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 7	Tomada de decisão e Resolução de problemas	NEP	1h	Auditório	Líderes	Resolução de problemas é fundamental para o desenvolvimento de uma	-	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						equipe mais preparada, capaz de enfrentar desafios com competência e contribuir para o crescimento sustentável da organização.			
Mês 7	FTP - A importância dessa ferramenta	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Portaria nº15 - 23.08.1988 Ministério de Saúde; Portaria nº1428 - 26.11.1993 Ministério de Saúde; Portaria nº326 -30.07.1997 Ministério de Saúde.	Coord. SND	Normativo	-
Mês 8	Primeiros Socorros	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Capacitar a equipe técnica para realizar atendimentos iniciais em situações de emergência, minimizando riscos à saúde e à vida.	Núcleo de Educação Permanente	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 8	Utilização de Extintores	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Orientar os colaboradores sobre a importância	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 8	Sepse	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI e UI	Técnico-operacional	-
Mês 8	Radioproteção e Normas Regulatórias	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Garantir conformidade com as normas regulatórias relacionadas à proteção contra radiações, incluindo treinamento em boas práticas de radioproteção.	Coord.de Radiologia	Normativo	-
Mês 8	Padronização dos resultados em urinalise	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Padronizar os procedimentos para a liberação do exame,	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						baseado em protocolos normativos			
Mês 8	Manuseio correto dos equipamentos do setor	SHL	1h	In Loco	Colaboradores do SHL	Manusear corretamente a máquina enceradeira.	Sup. SHL	Técnico-operacional	-
Mês 8	Orientações de atendimento à criança e ao adolescente	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Recepção e Gestão de Acesso	Promover direitos e melhor atendimento às crianças e adolescentes	Equipe do Serviço Social	Técnico-operacional	-
Mês 8	Assédio Moral no Ambiente de Trabalho	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Promover a conscientização sobre o tema é essencial para prevenir condutas inadequadas, proteger os direitos dos trabalhadores e fortalecer a cultura organizacional	Coord. de gestão de Pessoas e jurídico	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório ou legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 8	Cardioversor desfibrilador	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In loco	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 8	Conduta com pacientes privados de liberdade e agentes prisionais	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Ofertar preparo para agir de forma adequada, ética e eficaz, reduzindo riscos e fortalecendo o bom funcionamento do hospital	Serviço Social e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 8	Etapas de processamentos de roupas e produtos	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Fortalecer a padronização das etapas do processamento de roupas e produtos	Sup. da Lavanderia	Técnico-operacional	-
Mês 8	Gestão de risco: notificação e análise de eventos	NQSP	1h	Auditório	Liderança	Disseminação do processo da notificação de ocorrência e	Coord. NQSP	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório ou legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						aperfeiçoamento das análises de eventos			
Mês 9	Ventilador pulmonar	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 9	Cuidados com dispositivos, sonda, cateteres, AVP	UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 9	Atendimento ao usuário	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Apresentar a Carta do Usuário para assegurar seus direitos	Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 9	Leitura de lâminas hematológicas	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Aprimorar habilidades técnicas em leituras de lâminas hematológicas	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 9	Protocolo de prevenção de PAV	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Garantir a Lei 2616 RDC07/10	Equipe SCIH	Normativo	-
Mês 9	Evacuação de área por rota de fuga + PAE	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Cumprimento da NR 23	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 9	Necessidade de higienizar as mãos	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND e SCIH	Normativo	-
Mês 9	Assistência ao paciente neurológico/cuidados com DVE	UTI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UTI	Alinhar a equipe quanto aos cuidados com DVE	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 9	Cultura Organizacional e valores	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Essencial para consolidar a identidade da instituição, promover a coesão interna e estabelecer um ambiente propício para o desenvolvimento sustentável e a inovação.	NEP	Comportamental	-
Mês 10	Manejo racional de antimicrobianos	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI e UI	Técnico-operacional	-
Mês 10	Comportamentos e hábitos pessoais dos colaboradores	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Promover um ambiente de trabalho harmônico, com uma comunicação eficaz e colaborativa entre a equipe a interna e externa	Coord. SND	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 10	Capacitação para adotar mecânica correta na movimentação de pacientes e materiais	SESMT	1h	In Loco	Equipe Assistencial e Maqueiro	Cumprimento da NR 32	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 10	Controle de qualidade interno	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Disseminar o conhecimento sobre o controle de qualidade interno, a importância de como realizar a análise do mesmo.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 10	Bomba de infusão e seringa	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	Auditório	Equipe de Enfermagem	Orientação da operacionalização correta do equipamento.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 10	Capacitação CNES	Departamento Pessoal	1h	In Loco	Equipe do DP	Oferecer informações específicas sobre o CNES, sua funcionalidade e seu impacto na rotina administrativa.	Coord. do Faturamento	Técnico-operacional	-
Mês 10	Controle de infecção	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Prevenção de contaminações cruzadas e na garantia de um ambiente hospitalar seguro	SCIH	Técnico-operacional	-
Mês 10	Feira da Segurança do Paciente	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Reapresentação das metas internacionais de segurança do paciente e o incentivo a apresentações relacionado ao tema	NQSP e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 10	Outubro Rosa	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Promover a conscientização sobre CA de mama e útero,	Gestão de Pessoas, Núcleo de Educação	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						estimulando o acesso a serviços de diagnóstico	Permanente e Humanização		
Mês 10	Ação setembro amarelo	Equipe Multiprofissional	1h	In Loco	Todos os Colaboradores	Visa conscientizar as pessoas sobre o suicídio, bem como evitar o seu acontecimento	Equipe Multiprofissional e Humanização	Comportamental	-
Mês 11	Inteligência emocional e resiliência	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Gerenciar melhor as próprias emoções; fortalecer a capacidade de trabalhadores de superar adversidades, lidar com situações de estresse e se adaptar às mudanças de forma saudável e equilibrada.	Equipe Psicologia	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 11	Protocolo de prevenção de ISC	SCIH	1h	Protocolo de prevenção de ISC	Equipe Assistencial	Garantir a Lei 2616 RDC07/10	Equipe SCIH	Normativo	-
Mês 11	Novembro Azul	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Promover a conscientização sobre CA de mama e útero, estimulando o acesso a serviços de diagnóstico	Gestão de Pessoas, Núcleo de Educação Permanente e Humanização	Técnico-operacional	-
Mês 11	Gasometria	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Treinar os colaboradores quanto a forma de análise, avaliação dos exames e como reportá-los.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 11	Dia Mundial da Qualidade	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Destacar os benefícios de uma gestão de qualidade eficaz; promover a cultura	NQSP	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						da qualidade; divulgar boas práticas de gestão;			
Mês 11	Enfermagem e o engajamento do paciente com foco na sua própria segurança	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Apoiar a temática relevante, contribuindo para a participação ativa e informada do paciente no seu próprio cuidado de saúde, além de destacar o papel central que os profissionais de Enfermagem desempenham nesse processo.	NQSP e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 11	Treinamentos em Equipamentos Específicos	SADT	1h	In Loco	Técnicos em Radiologia	Possibilitar conhecimento detalhado sobre a operação, manutenção e resolução de problemas de equipamentos específicos, como	Coord.de Radiologia e Engenharia Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						máquinas de raio-x e tomografia			
Mês 11	Riscos, vantagens e efeitos colaterais por falta de vacina	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Cumprimento da NR 32	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 11	Monitor multiparâmetro	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 11	Injúria Renal Aguda e Urgência Dialítica	UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 12	Desinfecção de Leitos	SHL	1h	Auditório	Colaboradores do SHL	Alinhamento de técnica correta para o processo	Sup. SHL	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 12	Ação Dezembro Vermelho	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Trazer informação e conscientização sobre essas infecções.	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 12	Humanização na assistência ao paciente	SADT	1h	Auditório	Equipe do SADT	Promover práticas e atitudes que visem ao cuidado centrado	Humanização	Comportamental	-
Mês 12	Ética e Responsabilidade Social	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Imprescindível para garantir que todos os membros da organização atuem de forma coerente com os valores éticos e de responsabilidade social, promovendo um ambiente de trabalho saudável, transparente e comprometido com o desenvolvimento sustentável e a excelência organizacional.	-	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 12	Imunologia: Testes rápidos	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Treinar os colaboradores quanto à	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 12	Planejamento e Execução de Paradas Técnicas	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Capacitar os colaboradores a planejar e executar paradas técnicas de forma eficiente, minimizando impactos nas operações.	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Regulamenta a PNEPS.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training. Geneva: WHO, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Define áreas profissionais de saúde.

2.1.14.12. Comissão de Biossegurança

Nome: Comissão de Biossegurança

A Comissão de Biossegurança Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por garantir a segurança biológica no ambiente hospitalar. Seu objetivo é prevenir riscos à saúde de pacientes, profissionais de saúde e visitantes, assegurando que as práticas de manejo de materiais e resíduos biológicos estejam em conformidade com as normativas vigentes.

Membros Componentes:

A **Comissão de Biossegurança** será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar na gestão da biossegurança. A composição mínima incluirá:

- **Médico Epidemiologista**
- **Enfermeiro de Controle de Infecção**
- **Técnico em Segurança do Trabalho**

- **Representante do Núcleo de Segurança do Paciente**
- **Profissional de Tecnologia da Informação** (para suporte em registros e segurança de dados)
- **Profissional Administrativo** (responsável pela gestão documental e registros)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Mandato

A Comissão de Biossegurança Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos:

- Estruturar formalmente a **Comissão de Biossegurança (CBIO)** com regimento interno aprovado;
- Promover a **prevenção e o controle de riscos biológicos, químicos e físicos** nos ambientes hospitalares;
- Implementar o **Programa de Biossegurança Institucional**, integrando-se ao PGR, PCMSO e Plano de Segurança do Paciente;
- Garantir o cumprimento da **NR-32** e demais normas aplicáveis à saúde ocupacional;
- Monitorar e supervisionar as ações de **gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)**;
- Promover capacitações e campanhas de educação em biossegurança;
- Analisar e propor medidas corretivas em situações de acidentes com exposição ocupacional;
- Elaborar **relatórios quadrimestrais** de conformidade, riscos e medidas preventivas implementadas.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **Comissão de Biossegurança** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Presidente da Comissão** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da Comissão.

- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de biossegurança, não conformidades detectadas e ações corretivas propostas.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da **Comissão de Biossegurança**, vinculada à **Direção Médica**.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a segurança biológica no ambiente hospitalar.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A **Comissão de Biossegurança** será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da **Comissão de Biossegurança**: I. Desenvolver e revisar protocolos de biossegurança.

II. Implementar ações educativas e de treinamento sobre biossegurança.

III. Realizar auditorias e avaliações de conformidade nas práticas de biossegurança.

IV. Monitorar e relatar incidentes relacionados à biossegurança.

V. Criar indicadores de qualidade para monitorar a eficácia das ações.

VI. Integrar-se com outras comissões para garantir uma abordagem holística na promoção da segurança.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Presidente da Comissão**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela **Direção Médica**.

Cronograma de Implantação da Comissão

Período: 1º Ano de Implantação

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Formação e Posse da Comissão de Biossegurança	Nomeação dos membros, definição de papéis e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, SESMT, Coordenação da CBIO	Instituir formalmente a comissão e alinhar suas responsabilidades.
	Capacitação Inicial em Biossegurança Hospitalar	Treinamento introdutório sobre NR-32, riscos biológicos, EPIs, e fluxos de notificação de acidentes.	CBIO, NEP, SESMT	Preparar os membros e líderes setoriais para atuação segura.
Mês 2	Mapeamento dos Riscos Biológicos e Químicos	Levantamento de riscos por setor (laboratório, CME, UTI, lavanderia, nutrição, ambulatório).	Eng. Segurança, Técnico de Segurança, Enfermagem	Identificar riscos e subsidiar planos de mitigação.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	Revisão dos Planos Existentes (PGR/PCMSO/PGRSS)	Integração dos planos existentes às diretrizes de biossegurança.	CBIO, SESMT	Evitar duplicidade e fortalecer a abordagem integrada.
Mês 3	Elaboração do Programa Institucional de Biossegurança (PIB)	Desenvolvimento do documento base contendo diretrizes, metas e indicadores de biossegurança.	CBIO, Direção Técnica	Formalizar o plano institucional e estabelecer indicadores de monitoramento.
	Criação e Validação dos Protocolos de Biossegurança	Desenvolvimento de protocolos específicos (perfurocortantes, EPI, descarte, vacinação, acidentes com material biológico).	CBIO, CCIH, SESMT	Padronizar condutas seguras e reduzir riscos de exposição.
Mês 4	Campanha de Conscientização “Ambiente Seguro é Responsabilidade de Todos”	Divulgação institucional das práticas seguras e obrigatoriedade do uso de EPI.	CBIO, Comunicação Interna	Sensibilizar colaboradores e reforçar cultura de biossegurança.
	Relatório Quadrimestral I	Apresentação dos resultados iniciais, riscos mapeados e plano de ação.	CBIO, Direção Técnica	Avaliar avanços iniciais e direcionar ações prioritárias.
Mês 5	Auditoria Interna de Conformidade NR-32	Avaliação das condições de trabalho e da adesão às normas de biossegurança.	SESMT, CBIO	Garantir conformidade legal e institucional.
	Capacitação sobre Acidentes Ocupacionais e Notificação	Treinamento prático sobre fluxos de notificação e conduta pós-exposição.	CBIO, NEP, RH	Reduzir o sub-registro e reforçar a resposta imediata.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 6	Integração com CCIH e NSP	Reunião para alinhar ações conjuntas de prevenção de infecção e segurança assistencial.	CBIO, NSP, CCIH	Promover atuação interdisciplinar e contínua.
	Campanha de Vacinação Ocupacional	Atualização do calendário vacinal dos colaboradores de risco.	CBIO, Enfermagem do Trabalho	Fortalecer a imunização dos profissionais expostos.
Mês 7	Inspeções Setoriais e Ações Corretivas	Vistorias nos setores de maior risco para acompanhamento das medidas de controle.	Técnico de Segurança, CBIO	Avaliar a efetividade das medidas implementadas.
	Relatório Quadrimestral II	Consolidação das ações do segundo quadrimestre e apresentação à Direção.	CBIO, Direção Técnica	Acompanhar o progresso e propor ajustes.
Mês 8	Capacitação sobre Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)	Treinamento específico sobre coleta, transporte e destinação final de resíduos de saúde.	CBIO, SESMT, Meio Ambiente	Garantir conformidade com a RDC 222/2018.
	Análise de Acidentes e Exposições Ocupacionais	Investigação e discussão dos acidentes com material biológico e químico ocorridos.	CBIO, SESMT, CCIH	Identificar causas e prevenir reincidências.
Mês 9	Auditoria de Biossegurança em Laboratórios e CME	Avaliação técnica e comportamental nos setores críticos.	CBIO, Eng. de Segurança	Garantir segurança e conformidade nos ambientes laboratoriais.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	Campanha sobre Descarte Correto de Resíduos	Ações educativas e reforço de sinalização e fluxos de segregação.	CBIO, Comunicação Interna	Melhorar o manejo de resíduos hospitalares.
Mês 10	Relatório Quadrimestral III	Emissão de relatório consolidado com indicadores e não conformidades sanadas.	CBIO, Direção Médica	Monitorar desempenho e impacto das ações.
	Capacitação sobre Riscos Químicos e Ergonomia Laboratorial	Treinamento técnico-prático em manipulação segura e posturas corretas.	CBIO, NEP	Reduzir riscos químicos e ergonômicos em áreas críticas.
Mês 11	Revisão Anual do Programa Institucional de Biossegurança	Atualização do documento conforme achados e melhorias implementadas.	CBIO, SESMT, Direção Técnica	Manter o programa atualizado e eficaz.
	Planejamento 2026	Definição das metas e plano de ação para o segundo ciclo anual.	CBIO, Direção Técnica	Assegurar continuidade e sustentabilidade das ações.
Mês 12	Relatório Quadrimestral IV e Consolidado Anual	Relatório final com indicadores, conformidade normativa e recomendações.	CBIO, Direção Técnica	Encerrar o ciclo com análise global e novas metas.
	Reunião de Encerramento e Reconhecimento Institucional	Apresentação dos resultados à Direção e reconhecimento dos setores que se destacaram.	CBIO, RH, Comunicação	Valorizar boas práticas e fortalecer a cultura de biossegurança.

Referências

- BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. *NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*.
- BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. *NR-6 – Equipamentos de Proteção Individual*.
- BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. *NR-9 – Programa de Gerenciamento de Riscos*.
- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. *RDC nº 222, de 28 de março de 2018*. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Manual de Biossegurança em Serviços de Saúde*. Brasília: MS, 2020.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

2.1.14.13. Comissão de Prevenção a Acidente com Material Biológico

Nome: Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico

A Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por promover a segurança no manejo de materiais biológicos, prevenindo acidentes e garantindo a proteção da saúde de pacientes, profissionais de saúde e visitantes. A comissão atua conforme as diretrizes estabelecidas na legislação vigente e nas normas de segurança em saúde.

Membros Componentes:

A **Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico** será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, assegurando uma abordagem multidisciplinar na gestão da prevenção de acidentes com material biológico. A composição mínima incluirá:

- **Médico Infectologista**
- **Enfermeiro de Controle de Infecção**
- **Técnico em Segurança do Trabalho**
- **Representante do Núcleo de Segurança do Paciente**

- **Profissional de Tecnologia da Informação** (para suporte na gestão de dados e treinamento)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Mandato

A Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos:

- Instituir formalmente a **Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico (CPAMB)**, com regimento interno aprovado.
- Identificar, avaliar e propor medidas de prevenção para **acidentes com exposição a material biológico**.
- Estabelecer fluxos padronizados de **notificação, atendimento e acompanhamento dos profissionais expostos**.
- Integrar a atuação com o **SESMT, CCIH e NSP**, fortalecendo o gerenciamento de risco ocupacional.
- Promover **campanhas e treinamentos regulares** sobre biossegurança e condutas pós-exposição.
- Acompanhar e analisar indicadores de acidentes ocupacionais, propondo ações corretivas e preventivas.
- Elaborar e atualizar o **Plano de Prevenção e Controle de Acidentes com Material Biológico (PPCAMB)**.
- Elaborar **relatórios quadrimestrais** com dados epidemiológicos, planos de ação e recomendações de melhoria.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Presidente da Comissão** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da Comissão.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de segurança, não conformidades detectadas e ações corretivas propostas.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico, vinculada à Direção Médica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a segurança no manejo de materiais biológicos.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da Comissão de Prevenção a Acidentes com Material Biológico:

- Desenvolver e revisar protocolos de manejo de materiais biológicos.
- Promover campanhas educativas sobre segurança no manuseio de materiais biológicos.
- Realizar auditorias e avaliações das práticas de segurança.
- Monitorar e relatar incidentes relacionados a acidentes com materiais biológicos.
- Integrar-se com outras comissões para garantir uma abordagem colaborativa.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Presidente da Comissão**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela **Direção Médica**.

Cronograma de Implantação da Comissão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação Formal da Comissão e Designação dos Membros	Nomeação dos integrantes, definição de papéis, elaboração e aprovação do regimento interno.	Direção Técnica, SESMT, CCIH	Instituir oficialmente a comissão e suas diretrizes de atuação.
	Capacitação Inicial sobre Acidentes Biológicos e NR-32	Treinamento sobre riscos ocupacionais, fluxos de notificação e uso correto de EPI.	CPAMB, NEP, SESMT	Nivelar o conhecimento técnico e normativo da equipe.
Mês 2	Mapeamento dos Setores de Maior Risco de Exposição	Levantamento de áreas críticas (UTI, CME, laboratório, emergência, lavanderia) e análise preliminar de acidentes anteriores.	CPAMB, Eng. de Segurança, Enfermagem	Identificar riscos e prioridades de ação preventiva.
	Elaboração do Plano de Prevenção e Controle de Acidentes (PPCAMB)	Desenvolvimento do plano institucional, com fluxos, medidas preventivas e responsáveis.	CPAMB, SESMT	Formalizar as diretrizes operacionais e preventivas.
Mês 3	Implantação dos Fluxos de	Implementação do fluxo de conduta pós-exposição (acesso	CPAMB, RH, CCIH, SESMT	Garantir atendimento rápido

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	Notificação e Atendimento	rápido, notificação, profilaxia, acompanhamento).		e seguro aos acidentados.
	Campanha de Sensibilização: “Zero Acidentes Biológicos”	Ações educativas com cartazes, palestras e reforço sobre EPIs.	CPAMB, Comunicação Interna	Reduzir a ocorrência de acidentes e aumentar adesão à prevenção.
Mês 4	Auditoria Inicial de Conformidade NR-32	Avaliação da adequação dos setores quanto às medidas de biossegurança.	CPAMB, SESMT	Monitorar a conformidade legal e institucional.
	Relatório Quadrimestral I	Emissão de relatório com dados de acidentes, causas, e recomendações iniciais.	CPAMB, Direção Técnica	Avaliar resultados iniciais e propor ajustes.
Mês 5	Capacitação sobre Conduta Pós-Exposição e Profilaxia	Treinamento técnico sobre fluxos de atendimento, sorologia e acompanhamento clínico.	CPAMB, Médico do Trabalho, Enfermagem	Padronizar a resposta e manejo de acidentes.
	Campanha de Adesão ao Uso Correto de EPIs	Ação educativa reforçando uso e descarte adequados de EPIs e perfurocortantes.	CPAMB, SESMT	Aumentar a adesão e reduzir falhas comportamentais.
Mês 6	Integração com CCIH e NSP	Reunião conjunta para análise de acidentes com potencial de infecção cruzada.	CPAMB, NSP, CCIH	Fortalecer a abordagem multiprofissional e sistêmica.
	Auditoria Focada em Setores de Alto Risco	Inspeções e verificações em áreas críticas (laboratório, CME, emergência).	CPAMB, Técnico de Segurança	Garantir a segurança das equipes expostas.
Mês 7	Monitoramento de Indicadores e Ações Corretivas	Análise dos dados de acidentes, acompanhamento de reincidências e revisão de medidas.	CPAMB, SESMT	Avaliar efetividade das intervenções.
	Relatório Quadrimestral II	Consolidação das ações e estatísticas do segundo quadrimestre.	CPAMB, Direção Técnica	Acompanhar resultados e orientar novas medidas preventivas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 8	Campanha de Vacinação e Imunização Ocupacional	Atualização do esquema vacinal de Hepatite B, tétano e outras vacinas obrigatórias.	CPAMB, Enfermagem do Trabalho	Garantir proteção imunológica dos colaboradores.
	Capacitação sobre Gerenciamento de Resíduos de Saúde (RDC 222/2018)	Treinamento sobre descarte seguro e segregação de materiais contaminados.	CPAMB, CBIO, SESMT	Reforçar práticas seguras de manuseio e descarte.
Mês 9	Investigação Detalhada de Acidentes Graves	Aplicação do método Protocolo de Londres e FMEA em casos de maior gravidade.	CPAMB, NSP, SESMT	Aprimorar a análise de causa e evitar reincidências.
	Revisão do PPCAMB	Atualização do plano conforme achados das auditorias e novos riscos identificados.	CPAMB, Direção Técnica	Manter o plano atualizado e eficaz.
Mês 10	Relatório Quadrimestral III	Elaboração do relatório consolidado com resultados e recomendações.	CPAMB, Direção Técnica	Garantir transparência e acompanhamento contínuo.
	Campanha de Reforço sobre Condutas Seguras	Semana temática com dinâmicas educativas e simulações práticas.	CPAMB, NEP, Comunicação	Fortalecer a cultura de prevenção e responsabilidade coletiva.
Mês 11	Auditoria Final de Conformidade NR-32 e PGRSS	Avaliação de conformidade em todos os setores e elaboração de plano de correção final.	CPAMB, SESMT, CBIO	Assegurar melhoria contínua e prontidão para acreditação.
	Planejamento Estratégico 2026	Definição das metas e plano de continuidade das ações preventivas.	CPAMB, Direção Técnica	Garantir sustentabilidade e maturidade do programa.
Mês 12	Relatório Quadrimestral IV e Consolidado Anual	Relatório final com indicadores de desempenho, acidentes, planos de ação e recomendações.	CPAMB, Direção Técnica	Encerrar o ciclo com evidências e resultados consolidados.
	Reunião de Encerramento e Reconhecimento Institucional	Apresentação de resultados e reconhecimento dos setores sem registros de acidentes.	CPAMB, RH, Comunicação	Valorizar boas práticas e reforçar o compromisso com a segurança.

Referências

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/assuntos/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas/32>. Acesso em: 08 abr. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32) – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004*. Dispõe sobre notificação de acidentes de trabalho com material biológico.

BRASIL. ANVISA. *RDC nº 222, de 28 de março de 2018*. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico*. Brasília, 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2022*. São Paulo: ONA, 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.213/1991**. Define acidente de trabalho e obrigações legais.

2.1.14.14. Comissão de Proteção Radiológica

Nome: Comissão de Proteção Radiológica

A Comissão de Proteção Radiológica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS é um órgão técnico-administrativo, de caráter consultivo e normativo, responsável por garantir a segurança no uso de radiações ionizantes no hospital. Seu objetivo é assegurar a proteção de pacientes, profissionais de saúde e do meio ambiente, promovendo práticas seguras e em conformidade com a legislação vigente.

Membros Componentes:

A **Comissão de Proteção Radiológica** será composta por profissionais com perfis técnicos e administrativos estratégicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar na gestão da proteção radiológica. A composição mínima incluirá:

- **Médico Radiologista**

- **Técnico em Radiologia**
- **Enfermeiro**
- **Físico Médico**
- **Representante do Núcleo de Segurança do Paciente**
- **Profissional de Tecnologia da Informação** (para suporte na gestão de dados e segurança)

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Mandato

A Comissão de Proteção Radiológica Hospital Regional Dr. José Simone Netto em Ponta Porã/MS terá como principais objetivos:

- Estruturar formalmente a **Comissão de Proteção Radiológica (CPR)**, com regimento interno aprovado e membros designados.
- Garantir a **segurança dos profissionais, pacientes e público** quanto ao uso de radiações ionizantes nas atividades assistenciais.
- Assegurar conformidade com as **normas da CNEN, ANVISA e Ministério da Saúde** referentes à radioproteção.
- Implementar e manter atualizado o **Programa de Proteção Radiológica (PPR)** e o **Plano de Emergência Radiológica (PER)**.
- Promover capacitação contínua dos profissionais expostos ocupacionalmente.
- Monitorar doses individuais e condições de trabalho com base nos limites de exposição ocupacional.
- Integrar-se com as demais comissões (NSP, SESMT, CBIO) para gestão integrada de riscos.
- Elaborar **relatórios quadrimestrais de desempenho e conformidade radiológica**.

Frequência de Reuniões

- As reuniões da **Comissão de Proteção Radiológica** ocorrerão com frequência mensal.
- Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo **Presidente da Comissão** ou pela **Direção Médica**, sempre que necessário.
- Os encontros terão pautas definidas previamente e serão registrados em ata formal, com a devida assinatura dos presentes.

Controle das Reuniões pela Direção Médica

- A **Direção Médica** será responsável por supervisionar e garantir a efetividade das reuniões, monitorando a execução das recomendações da Comissão.
- Todos os relatórios e recomendações elaborados serão encaminhados à **Direção Médica** para análise e encaminhamento às instâncias superiores, quando necessário.
- A Comissão deverá apresentar relatórios mensais à **Direção Médica** com indicadores de proteção radiológica, não conformidades detectadas e ações corretivas propostas.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º O presente regimento regulamenta a organização e o funcionamento da **Comissão de Proteção Radiológica**, vinculada à **Direção Médica**.

Art. 2º A Comissão tem caráter consultivo e normativo, visando garantir a segurança no uso de radiações ionizantes.

Capítulo II – Composição

Art. 3º A **Comissão de Proteção Radiológica** será composta por profissionais de diversas áreas, conforme descrito no item 1 deste documento.

Art. 4º Os membros serão designados pela **Direção Médica** para um mandato de 01 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Capítulo III – Atribuições da Comissão

Art. 5º São atribuições da **Comissão de Proteção Radiológica**: I. Desenvolver e revisar protocolos de proteção radiológica.

II. Promover capacitações e treinamentos sobre segurança em radiologia.

III. Realizar auditorias e avaliações da conformidade nas práticas de proteção radiológica.

IV. Monitorar e relatar incidentes relacionados à radioproteção.

V. Criar indicadores de qualidade para monitorar a eficácia das ações de proteção.

VI. Integrar-se com outras comissões para garantir uma abordagem holística na segurança do paciente.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 6º A Comissão se reunirá mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias conforme necessidade.

Art. 7º As decisões serão tomadas por votação simples entre os membros presentes e registradas em ata.

Art. 8º Em caso de empate, o voto de minerva será do **Presidente da Comissão**.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 9º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a **Direção Médica**.

Art. 10º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela **Direção Médica**.

Cronograma de Implantação da Comissão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Instituição da Comissão e Nomeação dos Membros	Nomeação dos integrantes (médico radiologista, físico médico, técnico em radiologia, engenheiro de segurança, representante do SESMT) e elaboração do regimento interno.	Direção Técnica, Física Médica, SESMT	Estruturar formalmente a CPR.
	Capacitação Inicial em Radioproteção	Treinamento introdutório sobre princípios de radioproteção, legislação e	Físico Médico, NEP	Nivelar conhecimento técnico e normativo da equipe.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		responsabilidades dos profissionais.		
Mês 2	Levantamento Radiométrico e Diagnóstico Situacional	Avaliação das condições dos ambientes radiológicos, blindagens, sinalizações e equipamentos de proteção.	CPR, Físico Médico	Identificar conformidades e riscos radiológicos.
	Inventário de Fontes Radioativas e Equipamentos	Cadastro de todos os equipamentos emissores de radiação e fontes seladas ou não seladas.	CPR, Engenharia Clínica	Garantir controle e rastreabilidade dos equipamentos.
Mês 3	Elaboração do Programa de Proteção Radiológica (PPR)	Documento-base com políticas, procedimentos e medidas de controle.	CPR, Físico Médico, SESMT	Formalizar o sistema de gestão radiológica.
	Implantação do Sistema de Dosimetria Individual	Início da utilização e controle dos dosímetros pessoais e registro das doses.	CPR, RH, Físico Médico	Assegurar monitoramento individual dos trabalhadores.
Mês 4	Capacitação sobre Uso Correto de EPI e EPC	Treinamento prático sobre aventais plumbíferos, protetores de tireoide e barreiras de proteção.	CPR, Técnico de Radiologia	Garantir o uso correto dos dispositivos de proteção.
	Relatório Quadrimestral I	Consolidação das ações de implantação e diagnóstico inicial.	CPR, Direção Técnica	Avaliar o estágio de implantação e propor ajustes.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 5	Elaboração e Teste do Plano de Emergência Radiológica (PER)	Criação de plano de resposta para incidentes de exposição acidental, vazamento ou falha técnica.	CPR, SESMT, Brigada de Emergência	Garantir resposta imediata e organizada a emergências radiológicas.
	Campanha Educativa “Segurança em Primeiro Lugar”	Divulgação institucional de boas práticas em radiologia e proteção ocupacional.	CPR, Comunicação Interna	Sensibilizar profissionais e fortalecer cultura de segurança.
Mês 6	Auditoria Interna de Conformidade CNEN/ANVISA	Avaliação técnica dos setores de imagem, hemodinâmica e odontologia (se aplicável).	CPR, Direção Técnica	Verificar conformidade legal e estrutural.
	Integração com SESMT e NSP	Reunião intercomissional para alinhamento das ações de biossegurança e radioproteção.	CPR, SESMT, NSP	Promover visão integrada da segurança assistencial.
Mês 7	Análise dos Resultados de Dosimetria	Avaliação das doses individuais e investigação de possíveis desvios.	CPR, Físico Médico	Garantir que todos os valores estejam abaixo dos limites ocupacionais.
	Relatório Quadrimestral II	Emissão de relatório consolidado com indicadores e correções implementadas.	CPR, Direção Técnica	Monitorar e demonstrar a evolução das ações.
Mês 8	Capacitação Avançada em Emergência	Treinamento teórico-prático com simulações de incidentes.	CPR, SESMT, Brigada de Emergência	Fortalecer a prontidão

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
	Radiológica e Manuseio Seguro			institucional e resposta rápida.
	Auditoria de Estrutura Física e Blindagem	Revisão técnica de blindagens, colimação e controle de acesso às salas radiológicas.	Físico Médico, Eng. Clínica	Garantir segurança estrutural e preventiva.
Mês 9	Avaliação de Riscos Ocupacionais e Atualização do PPR	Revisão dos riscos identificados e atualização dos controles implementados.	CPR, SESMT	Manter o programa atualizado e efetivo.
	Campanha de Radioproteção do Paciente	Ações educativas sobre doses mínimas necessárias e proteção de acompanhantes.	CPR, Enfermagem, Corpo Clínico	Assegurar proteção integral do paciente e acompanhantes.
Mês 10	Relatório Quadrimestral III	Apresentação do terceiro relatório e consolidação das ações preventivas.	CPR, Direção Técnica	Manter rastreabilidade e transparência das ações.
	Auditoria Cruzada entre CPR e CBIO	Avaliação conjunta de riscos químicos e radiológicos nos setores de diagnóstico.	CPR, CBIO, SESMT	Promover abordagem integrada dos riscos.
Mês 11	Revisão Geral do Programa de Proteção Radiológica (PPR)	Atualização técnica do documento com base nas auditorias e relatórios de dosimetria.	CPR, Físico Médico	Assegurar aderência normativa e melhoria contínua.
	Planejamento Estratégico 2026	Definição de novas metas, indicadores e	CPR, Direção Técnica	Garantir sustentabilidade das práticas de

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		investimentos necessários.		proteção radiológica.
Mês 12	Relatório Quadrimestral IV e Consolidado Anual	Relatório final com resultados de monitoramento, conformidade e recomendações.	CPR, Direção Técnica	Encerrar o ciclo com avaliação completa e propostas de evolução.
	Reunião de Encerramento e Reconhecimento Institucional	Apresentação pública dos resultados à Direção e reconhecimento das boas práticas.	CPR, RH, Comunicação	Valorizar o compromisso com a segurança radiológica.

Referências

BRASIL. **Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN)**. Normas de Proteção Radiológica. Disponível em: <https://www.gov.br/cnen/pt-br/aceso-rapido/normas/grupo-3>. Acesso em: 08 out. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Diretrizes para o Uso Seguro de Radiações Ionizantes em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/cnen/pt-br/aceso-rapido/normas/grupo-3/grupo3-nrm301.pdf>. Acesso em: 08out. 2025.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2008. Dispõe sobre o controle de qualidade em serviços de radiologia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 08 out. 2025.

2.1.14.15. Comissão Técnica de DRG (Diagnosis Related Groups)

Nome: Comissão Técnica de DRG (Diagnosis Related Groups)

Descrição

A **Comissão Técnica de DRG (Diagnosis Related Groups)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-operacional e analítica, vinculada à **Direção Técnica** e à **Direção Médica Corporativa**, responsável por **coordenar, padronizar, analisar e monitorar o sistema de classificação hospitalar baseado em grupos relacionados ao diagnóstico (DRG)**.

A comissão tem como finalidade **melhorar a eficiência assistencial, a acurácia das informações clínicas e administrativas, e a qualidade dos indicadores de desempenho hospitalar**, fortalecendo a gestão de custos, produtividade e desfechos clínicos.

Seu trabalho é orientado pelos princípios da **segurança do paciente, qualidade assistencial e sustentabilidade institucional**, alinhando as práticas hospitalares às políticas de desempenho do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) e aos parâmetros regulatórios da **ONA** e da **ANS**.

Membros Componentes:

A **Comissão Técnica de DRG** é multiprofissional e intersetorial, composta por representantes das áreas assistenciais, clínicas, administrativas e de qualidade, nomeados pela **Direção Técnica**, com mandato de 1 (um) ano, renovável:

- Coordenador da Comissão (médico ou gestor com formação em gestão hospitalar e conhecimento em DRG);
- Representante da Direção Médica;
- Representante da Direção Técnica;
- Representante da Enfermagem;
- Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Representante do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística);
- Representante da Auditoria Clínica;
- Representante do Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Representante da Farmácia;
- Representante da Fisioterapia;
- Analista de Dados ou Profissional de Informação em Saúde (quando disponível);
- Representante do NEP (para formação continuada sobre o tema).

Objetivos para o Primeiro Ano de Implantação

- Estruturar formalmente a **Comissão Técnica de DRG** com regimento interno aprovado;

- Estabelecer o **Plano de Implantação e Monitoramento do DRG** institucional;
- Elaborar o **dicionário de dados DRG** e validar a codificação de diagnósticos, comorbidades e complicações;
- Garantir a **padronização das codificações e descrições clínicas**, em parceria com o SAME e o Corpo Clínico;
- Promover a **capacitação das equipes multiprofissionais** sobre a metodologia DRG;
- Monitorar **indicadores de desempenho hospitalar** como LOS (Length of Stay), CMI (Case Mix Index) e taxa de recodificação;
- Correlacionar os dados de DRG com os indicadores de **segurança do paciente e qualidade assistencial**;
- Subsidiar a **avaliação de desempenho contratual** das equipes e prestadores médicos;
- Elaborar **relatórios mensais e quadrimestrais** de resultados e análises comparativas;
- Promover a **integração com a gestão corporativa e o setor de auditoria**, visando sustentabilidade e eficiência.

Frequência de Reuniões

- **Reuniões ordinárias mensais**, com pauta definida e ata registrada;
- **Reuniões extraordinárias**, quando necessário para análise de resultados ou definição de ações corretivas;
- As atas e relatórios serão arquivados e encaminhados à **Direção Técnica** e à **Gerência Corporativa de Desempenho Operacional**.

Controle pela Direção Técnica

- A **Direção Técnica** supervisionará as atividades da comissão e acompanhará o cumprimento das metas e cronogramas definidos;
- Os relatórios periódicos serão enviados à **Direção Médica** e à **Diretoria Executiva** do ISMS;
- A comissão deverá atuar integrada às áreas de **qualidade, regulação, faturamento e auditoria clínica**, garantindo coerência e rastreabilidade dos dados.

Proposta de Regimento da Comissão

Capítulo I – Disposições Gerais

Art. 1º Este regimento regulamenta a criação, composição e funcionamento da **Comissão Técnica de DRG (Diagnosis Related Groups)** do Hospital Regional Dr. José Simone Netto.

Capítulo II – Composição

Art. 2º A comissão será composta por representantes multiprofissionais e intersetoriais com experiência em gestão hospitalar e codificação clínica.

Art. 3º O mandato dos membros será de 1 (um) ano, podendo haver recondução.

Capítulo III – Atribuições

Art. 4º São atribuições da Comissão Técnica de DRG:

- Coordenar o processo de **implantação e consolidação do sistema DRG**;
- Elaborar e manter atualizado o **dicionário de dados DRG** e as tabelas de codificação;
- Analisar e validar a **acurácia das codificações de diagnósticos e procedimentos**;
- Capacitar as equipes assistenciais e administrativas sobre a metodologia DRG;
- Monitorar **indicadores assistenciais e econômicos** derivados do DRG;
- Promover reuniões de **análise crítica de casos e amostras dirigidas**;
- Integrar os resultados DRG às **metas contratuais e indicadores institucionais**;
- Propor **ações corretivas e preventivas** com base nas análises realizadas;
- Emitir **relatórios mensais e quadrimestrais** à Direção Técnica e ao ISMS;
- Garantir a **confidencialidade e integridade dos dados assistenciais**;
- Apoiar a **avaliação de desempenho das equipes médicas** com base nos resultados DRG.

Capítulo IV – Reuniões e Deliberações

Art. 5º As reuniões ocorrerão mensalmente e, quando necessário, em caráter extraordinário.

Art. 6º As deliberações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Coordenador o voto de minerva em caso de empate.

Capítulo V – Considerações Finais

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 8º Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Geral.

Cronograma Anual de Implantação – 1º Ano

Período: 1º Ano de Implantação da Comissão Técnica de DRG

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
Mês 1	Criação formal da Comissão Técnica de DRG	Elaboração e aprovação do regimento interno e nomeação dos membros.	Direção Técnica, Coordenação DRG	Estruturar formalmente a comissão.
Mês 2	Baseline e Dicionário de Dados	Validação do dicionário de dados, mapa de codificações e DRGs críticos.	Comissão DRG, SAME, TI	Garantir padronização e qualidade da base.
Mês 3	Capacitação Inicial	Treinamento sobre codificação, LOS, CMI e princípios do DRG.	Comissão DRG, NEP	Qualificar a equipe multiprofissional.
Mês 4	Auditoria de 1º Ciclo	Análise de prontuários e reconciliação com contas hospitalares.	Comissão DRG, Auditoria Clínica	Identificar inconsistências e oportunidades de melhoria.
Mês 5	Definição de Metas e Painel de Indicadores	Aprovação de metas de desempenho (LOS, CMI, mortalidade ajustada).	Direção Médica, NQSP, Comissão DRG	Monitorar resultados institucionais.
Mês 6	Relatório Quadrimestral I	Consolidação de dados e análise crítica dos resultados iniciais.	Comissão DRG, Direção Técnica	Avaliar avanços e definir ajustes.
Mês 7	Auditoria de 2º Ciclo e Revisão de Processos	Avaliação amostral e correção de não conformidades.	Comissão DRG	Aprimorar a acurácia dos registros.
Mês 8	Integração com Segurança e Qualidade	Cruzamento de dados DRG com indicadores assistenciais.	DRG, NQSP, NSP	Avaliar desfechos clínicos e eficiência.
Mês 9	Capacitação Avançada e Workshop DRG	Formação continuada sobre análise e uso	DRG, NEP	Aprimorar competências analíticas.

Mês	Atividade	Descrição Detalhada	Responsáveis	Objetivo
		estratégico dos indicadores.		
Mês 10	Relatório Quadrimestral II	Análise consolidada do segundo ciclo.	Comissão DRG, Direção Técnica	Monitorar desempenho global.
Mês 11	Avaliação de Impacto e Planejamento 2026	Revisão das metas e resultados, definição de melhorias.	Comissão DRG, Direção Técnica	Consolidar processo de maturidade.
Mês 12	Relatório Anual e Encerramento do Ciclo	Apresentação de resultados e planejamento do novo ciclo.	Comissão DRG, Direção Médica	Assegurar continuidade e transparência institucional.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Manual de Avaliação de Desempenho Hospitalar – DRG Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Versão 2022. São Paulo: ONA, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)**. Geneva: WHO, 2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente.

DRG BRASIL. **Metodologia de Classificação Hospitalar**. São Paulo: DRG Brasil, 2021. QUALIDADE

2.2. Qualidade do atendimento/ acolhimento

2.2.1. Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), administrado pelo Instituto Social Mais Saúde (ISMS), tem como princípio fundamental a **humanização do cuidado** e a **integralidade da atenção à saúde**, alinhando-se às diretrizes da **Política Nacional de Humanização (PNH)** e aos princípios do **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

A presente norma institucional — **Manual de Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares** — foi elaborada com o objetivo de **padronizar e aprimorar o atendimento humanizado** desde a chegada do usuário à unidade, assegurando acolhimento ético, escuta qualificada, apoio psicossocial e orientação social efetiva durante todo o percurso assistencial.

O documento orienta as equipes multiprofissionais sobre as **formas de recepção** nas diversas portas de entrada do hospital, os **fluxos de atendimento**, os **procedimentos operacionais**, e os **mecanismos de articulação** com a rede de atenção à saúde e à assistência social. Define, ainda, as responsabilidades e prazos de resposta de cada setor envolvido — **Recepção, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Ouvidoria e Direção Técnica** — garantindo clareza nos processos e continuidade do cuidado.

O HRDJSN reconhece que o acolhimento não se limita a um ato de triagem ou de cortesia, mas representa uma **postura institucional comprometida com o respeito, a dignidade e o direito à saúde**. Por isso, este manual foi estruturado para fortalecer o vínculo entre **profissionais, pacientes e familiares**, reduzir barreiras de comunicação, promover a inclusão, o respeito à diversidade e o protagonismo do usuário no seu próprio processo de cuidado.

Mais do que um guia técnico, este manual é um **instrumento de gestão e de cultura organizacional**, que expressa o compromisso do Instituto Social Mais Saúde em assegurar uma assistência **segura, resolutiva, humanizada e equitativa**, pautada na corresponsabilidade e na empatia — valores que norteiam o trabalho diário das equipes do HRDJSN em Ponta Porã/MS.

Segue descritivo do Manual:

2.2.1.1. *Manual de Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial*

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) – Ponta Porã/MS**Objetivo e Escopo**

Estabelecer diretrizes, fluxos e padrões mínimos de **recepção** de usuários e familiares, **orientação social** e **apoio psicossocial** no HRDJSN, garantindo acolhimento humanizado, acesso ordenado, continuidade do cuidado e proteção de direitos, do **primeiro contato à alta** ou **contrarreferência**.

Princípios e Referências

Política Nacional de Humanização (PNH/SUS): acolhimento como postura de toda a rede; corresponsabilização e escuta qualificada.

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR): priorização pela gravidade, não pela ordem de chegada.

Direitos dos Usuários: prioridade legal (idosos, gestantes, PCD), nome social, respeito à diversidade.

LGPD e Ética Profissional: confidencialidade, consentimento informado, registros padronizados.

Rede de Atenção à Saúde (RAS/RAPS): articulação com Atenção Primária, CRAS/CREAS, CAPS, Defensoria, Conselho Tutelar, etc.

Formas de Recepção (Canais de Acesso)

Cobertura: 24h/7, com pontos e responsáveis definidos.

Recepção Administrativa e SAU/Ouvidoria (Saguão Principal) – 24h

Serviços: cadastro, orientação inicial, entrega de **Manual do Usuário, Acompanhante e Visitante** (QR code impresso), direcionamento.

SLA: tempo de espera máximo para atendimento no guichê **≤ 10 min**.

Acolhimento de Enfermagem (Porta de Entrada/PS) – 24h

Escuta qualificada, sinais de alarme, **Classificação de Risco** conforme protocolo institucional.

SLA: início da triagem **≤ 10 min** após chegada.

Recepção Regulada (SAMU/Regulação/Remoções) – 24h

Check-list de vaga/contrarreferência, sala de estabilização, priorização imediata “vermelho”.

SLA: acolhimento e passagem de caso **imediatos**.

Canal Telefônico de Informações a Familiares (Horário Estendido: 7h–22h)

Informações administrativas, horários de visita, como acionar Serviço Social/Psicologia.

SLA: chamada atendida ≤ 3 toques.

Ouvidoria/SAU Digital (QR code/Website)

Registro de elogios, sugestões, reclamações; integração com Ouvidor SUS (Sistema oficial de Ouvidoria SUS) quando pertinente.

SLA: resposta inicial $\leq 72h$; solução ≤ 15 dias.

Acessibilidade e Prioridade Legal

Atendimento prioritário a **idosos, gestantes, lactantes, PCD, pessoas com TEA**; disponibilidade de **cadeiras de rodas, intérprete de Libras sob demanda** (escala/convênio), **sinalização tátil e sanitários acessíveis**.

Script de Boas-Vindas (Recepção/Enfermagem) – resumo operacional

“Bom dia/boa tarde, eu sou [nome/cargo]. Vou acolher você e entender sua necessidade. Se houver qualquer piora, por favor nos avise imediatamente. Você será classificado(a) por gravidade. Previstos: triagem até 10 min; primeira atualização à família até 60 min. Aqui está o QR do Manual do Usuário.”

Fluxo Assistencial de Recepção → Acesso ao Cuidado

Chegada → Recepção/SAU (cadastro rápido; entrega do Manual; identificação de prioridades legais).

Acolhimento de Enfermagem → sinais de alarme; **Classificação de Risco**.

Atendimento Inicial → equipe médica; exames e medidas de estabilização conforme protocolos.

Orientação Inicial à Família (ambiente reservado):

SLA: primeira orientação **≤ 60 min** após a chegada; atualizações **1x/dia** (internação); Protocolo **SPIKES** para más notícias.

Destino → alta com orientações, observação, internação, transferência regulada.

Registro e LGPD → anotação padronizada em prontuário; consentimentos; termos específicos quando aplicável.

Tempos-alvo (meta institucional):

Triagem **≤ 10 min** | Primeira avaliação médica (amarelo) **≤ 30 min** | Comunicação familiar inicial **≤ 60 min**.

Orientação Social (Serviço Social)

Acionamento (Gatilhos)

Demanda da equipe (Enfermagem, Médico, Psicologia), do usuário/família, ou **gatilhos**: vulnerabilidade social, violência, **sem documentação, situação de rua**, abandono, **alta complexa**, TFD, óbito, deslocamento transfronteiriço (região de fronteira).

Procedimento Operacional

Acolhimento e Escuta Qualificada (ambiente reservado).

Avaliação Socioeconômica (ficha padronizada): moradia, renda, rede de apoio, documentação, acesso a políticas públicas.

Plano de Intervenção Social:

Encaminhamentos: **CRAS/CREAS**, Defensoria, Conselho Tutelar, **CAPS/RAPS**, benefícios (**BPC/LOAS**), **auxílio funeral**, TFD, transporte sanitário, rede de proteção a vítimas de violência.

Plano de Alta Social integrado ao plano terapêutico.

Articulação Intra-hospitalar (NIR, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, etc.).

Registro e Sigilo no prontuário; termos de ciência quando aplicável.

Seguimento até a alta; **contrarreferência** qualificada para APS/CRAS/CAPS.

Cobertura e SLAs

Cobertura presencial: 7h–19h (segunda–domingo).

Retaguarda plantonista (via Enfermagem/Médico) para demandas críticas **19h–7h** com resposta até 2h.

SLA de resposta:

PS/Porta de Entrada: ≤ 2h;

Enfermaria/UTI (não urgentes): ≤ 8h.

Instrumentos Complementares a serem implantados no processo de implantação:

Ficha de Avaliação Social, Plano de Alta Social, Termos de Ciência, Fluxograma Social (intra e intersetorial), Guia Rápido de Benefícios.



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Pré-atendente: _____ Edmurtadison

HISTÓRICO SOCIAL

ADESÃO AO TRATAMENTO: SIM NÃO

REDE DE APOIO / RECURSOS

PLANO DE ALTA SOCIAL

NOME DO PACIENTE

PLANO DE INTERVENÇÃO

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIARES

TERMOS DE CIÊNCIA

Eu, _____, sou ciente e conheço as informações prestadas pelo serviço do serviço.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Data

FLUXOGRAMA SOCIAL

INTRA-HOSPITALAR INTERSETORIAL

TED

CRAS

CREAS

DEFENSORIA

CONSELHOS

GUIA RÁPIDO DE BENEFÍCIOS

- AUXÍLIO-DOENÇA
- BPC/LOAS
- BOLSA FAMÍLIA
- RENDIA EMERGENCIN
- SEGURO-DESEMPR

GUIA RÁPIDO DE BENEFÍCIOS

- AUXÍLIO-DOENÇA
- BPC/LOAS
- BOLSA FAMÍLIA
- RENDIA EMERGENCIN
- SEGURO-DESEMPREGO



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Pré et Cama Aband. Edmar Gabriel

HISTÓRICO SOCIAL

ADESÃO AO TRATAMENTO AIN SAG

REDE DE APOIO / RECURSOS

PLANO DE ALTA SOCIAL

NAME EDPIGAL

PLANO DE INTERVENÇÃO

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIARES

TERMOS DE CIÊNCIA

Eu, _____
seu cicientemente as-conheceori
dee - miomaições - prestênoclas
pelo serviço do serviço.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Data

FLUXOGRAMA SOCIAL

INTRA-HOSPITALAR INTERSETORIAL

TED

CRAS
CREAS
DEFENSORIA
CONSELHOS

GUIA RÁPIDO DE BENEFÍCIOS

- AUXÍLIO-DOENÇA
- BPC/LOAS
- BOLSA FAMÍLIA
- RENDA EMERGENCIN
- SEGURO-DESEMPR

GUIA RÁPIDO DE BENEFÍCIOS

- AUXÍLIO-DOENÇA
- BPC/LOAS
- BOLSA FAMÍLIA
- RENDA EMERGENCIAL
- SEGURO DESEMPREGO

Apoio Psicossocial (Psicologia)

Gatilhos de Acionamento

Crise emocional/ansiedade/pânico; luto/óbito; **comunicação de más notícias**; conflitos familiares; **violência**; **ideação/risco de suicídio**; recusa de tratamento; terminalidade/paliativos; pediatria e situações de alta complexidade social.

Procedimento Operacional

Acolhimento e Vínculo Breve; escuta ativa; ambiente reservado.

Avaliação de Risco:

C-SSRS (ideação/condução suicida) ou instrumento institucional validado;

Triagem de violência (protocolo e cadeia de custódia).

Intervenções Breves:

Psicoeducação, manejo de crise, técnicas breves;

SPIKES para más notícias (junto à equipe médica);

Facilitação da comunicação família–equipe.

Encaminhamentos: Psiquiatria (quando disponível), **RAPS/CAPS**, APS; contrarreferência estruturada.

Plano Psicossocial integrado ao plano terapêutico.

Registro Padronizado (prontuário), mantendo sigilo e LGPD.

Cobertura e SLAs

Cobertura presencial: 7h–19h (segunda–domingo).

Resposta de crise no PS: ≤ 60 min;

Internação não urgente: ≤ 8h;

Retaguarda noturna (19h–7h): acionamento via Médico/Enfermagem, com orientação imediata e avaliação presencial **até 2h** quando indicado.

Instrumentos Complementares a serem implantados no processo de implantação:

Protocolo SPIKES, Protocolo de Manejo de Crise Suicida (C-SSRS/fluxo), Fluxo de Violência (notificação e rede), Plano Psicossocial.

Inclusão, Diversidade e Visita Religiosa

Nome social e identidade de gênero respeitados em todos os registros e chamamentos.

Visita religiosa assegurada (manhã/tarde), sem prejuízo do tratamento; apresentação de identificação do ministro/religioso.

Regras de **visita** por unidade (enfermaria/UTIs) com **visita extraordinária** mediante avaliação conjunta **Serviço Social + Enfermagem + Psicologia** (formulário de controle).

Comunicação com Familiares e Gestão de Expectativas (Conferência Familiar)

Primeira atualização à família ≤ 60 min da chegada; depois, **atualização diária** em horário definido pelo serviço, em local reservado.

Más notícias: protocolo **SPIKES** (presença de Psicologia quando possível).

Painéis/avisos: **tempo estimado de espera**, direitos e canais de ajuda (QR code da Ouvidoria/SAU).

LGPD, Privacidade e Registros

Coleta **mínima necessária** de dados; **consentimentos específicos** quando exigido.

Ambiente reservado para informações sensíveis; proibição de registro audiovisual sem autorização.

Registros assistenciais padronizados em prontuário físico/eletrônico; controle de acesso por perfil.

Indicadores, Metas e Monitoramento (mensal)

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade	Responsável
Tempo até triagem	min da chegada à triagem	≤10 min (p95)	Mensal	Enfermagem/SAU
Tempo até 1ª orientação familiar	min chegada → 1ª orientação	≤60 min (p90)	Mensal	Enfermagem/Médico
Cobertura de avaliação social no PS	# casos PS avaliados SS / # casos elegíveis	≥90%	Mensal	Serviço Social
SLA resposta Serviço Social (PS)	% atendidos ≤2h	≥95%	Mensal	Serviço Social
Planos de Alta Social emitidos	# altas com plano / # altas elegíveis	≥85%	Mensal	Serviço Social/NIR
SLA resposta Psicologia (crise PS)	% atendidos ≤60 min	≥95%	Mensal	Psicologia
Triagem risco de suicídio aplicada	# casos com C-SSRS / # casos gatilho	≥95%	Mensal	Psicologia
Satisfação de usuários/familiares	% satisfeitos (survey SAU)	≥90%	Mensal	SAU/Ouvidoria
Comunicação de más notícias com SPIKES	# comunicações com protocolo / total	≥95%	Mensal	Psicologia/Médico
Registro completo no prontuário	% prontuários conformes (checklist)	≥95%	Mensal	NQSP/RTs

Melhoria Contínua: painel trimestral, PDSA semestral, auditorias internas, plano de ação com prazos e responsáveis.

Treinamento e Capacitação

Integração inicial (todos): PNH, ACCR, LGPD, diversidade, direitos do usuário.

Treino anual (SS/Psi): manejo de crise, C-SSRS, SPIKES, violência e rede de proteção.

Simulações trimestrais de casos críticos (óbito, violência, risco de suicídio).

Registro de presença, avaliação de eficácia (pré/pós-teste) e reciclagem dirigida.

Orientações Operacionais ao Usuário, Acompanhante e Visitante

Regras de visita por unidade; **visita extraordinária** via formulário e avaliação tripartite.

Condutas do visitante/acompanhante (higienização de mãos, proibições, silêncio noturno, paramentação quando aplicável).

Refeições: horários e critérios (idosos <-> ECA/Estatuto do Idoso; avaliação social para exceções).

Achados e Perdidos: retirada via SAU até 90 dias.

Alerta de golpe: atendimento **exclusivo SUS**, **proibida cobrança**.

Instrumentos a serem elaborados e implantados:

- **Fluxograma de Recepção e ACCR** (porta de entrada, SAMU/Regulação, triagem, comunicação à família).
- **Fluxo do Serviço Social** (intra-hospitalar e intersetorial – CRAS/CREAS/Defensoria/Conselhos/TFD).
- **Fluxo do Apoio Psicossocial** (C-SSRS, SPIKES, RAPS/CAPS, violência e notificação).
- **Formulários:**
- **Ficha de Avaliação Social:** dados socioeconômicos, moradia, renda, rede de apoio, situações de risco.
- **Plano de Alta Social:** orientações pós-alta, contrarreferência e rede de apoio.
- **Plano Psicossocial:** intervenção, metas e encaminhamentos da Psicologia.
- **Controle de Visita Extraordinária:** identificação, motivo, parecer da equipe (Enfermagem/SS/Psicologia).
- **Termos de Ciência / Consentimento:** autorizações, informação de direitos e sigilo (LGPD).

- **Roteiros/Checklists:** Script de recepção; checklist de comunicação à família; checklist de registro em prontuário.
- **Escalas e Contatos Úteis:** telefones/ramais de SS, Psicologia, NIR, Ouvidoria/SAU; horários de atualização clínica:

Proposta de Escala e Contatos Úteis:

Setor	Telefone / Ramal	Cobertura	Observação
Serviço Social	(67) XXXX-XXXX / Ramal 231	07h – 19h (presencial)	Retaguarda noturna via Enfermagem
Psicologia	(67) XXXX-XXXX / Ramal 232	07h – 19h (presencial)	Retaguarda noturna via Direção Técnica
NIR – Regulação Interna	Ramal 233	24h	Coordena transferências e contrarreferências
Ouvidoria / SAU	(67) XXXX-XXXX / Ramal 200	08h – 18h	QR Code nas recepções
Direção Técnica / Plantão	Ramal 201	24h	Supervisão geral

Horários de Atualização Clínica aos Familiares:

UTI Adulto: 15h – 16h

Enfermarias: 11h – 12h e 17h – 18h

Pediatria / Neonatal: conforme orientação médica e de enfermagem.

Proposta dos fluxos citados acima:



Observações finais

Este manual **padroniza as formas de recepção** (canais, horários, prioridades e acessibilidade), **institui procedimentos de orientação social** com prazos, instrumentos e fluxos intersectoriais, e **formaliza o apoio psicossocial** com protocolos reconhecidos (SPIKES, C-SSRS), **cobertura e indicadores**, atendendo **amplamente** ao requisito do edital.

Este Manual foi elaborado em consonância com o arcabouço jurídico e técnico que regulamenta a atenção hospitalar, a humanização do cuidado e a proteção social aos usuários do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, observando as normas federais, estaduais e institucionais aplicáveis.

O objetivo é garantir que todas as ações de **recepção, acolhimento, orientação social e apoio psicossocial** sejam executadas sob bases legais, éticas e técnicas, assegurando a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade e a integralidade da assistência.

Legislação Federal e Normas do SUS

Constituição Federal de 1988, artigos 196 a 200 – estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Lei nº 8.080/1990 – dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei Orgânica da Saúde).

Lei nº 8.142/1990 – define a participação da comunidade e o controle social na gestão do SUS.

Portaria nº 2.048/2002/MS – institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Portaria nº 529/2013/MS – institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, estabelecendo o compromisso institucional com práticas seguras e humanizadas.

RDC nº 36/2013/ANVISA – dispõe sobre as ações de segurança do paciente em serviços de saúde e cria os Núcleos de Segurança do Paciente.

Política Nacional de Humanização (PNH) – “HumanizaSUS”, instituída em 2004, que orienta a gestão do cuidado a partir da escuta qualificada, vínculo, corresponsabilização e respeito à singularidade do usuário.

Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde – Portaria nº 1.820/2009/MS, que assegura o atendimento ético, a privacidade, o sigilo das informações e o respeito ao nome social e à identidade de gênero.

Lei nº 10.216/2001 – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

Portaria nº 3.088/2011/MS – institui a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, integrando CAPS, ambulatórios e atenção básica ao atendimento hospitalar.

Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e **Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, que asseguram prioridade absoluta e direito a acompanhante durante a internação.

Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência, garantindo acessibilidade, atendimento prioritário e adaptações razoáveis.

Lei nº 10.948/2001 e Lei nº 2.718/2002 (MS) – dispõem sobre penalidades à prática de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – assegura o sigilo e o tratamento ético das informações pessoais e sensíveis dos usuários.

Resolução CFESS nº 493/2006 – orienta a atuação do assistente social em unidades de saúde, enfatizando a integralidade do atendimento.

Resolução CFP nº 018/2002 – define o exercício profissional do psicólogo em instituições de saúde, priorizando o acolhimento e a escuta qualificada.

Normas Estaduais e Diretrizes Locais

Deliberações e Resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) relativas à gestão de hospitais regionais e redes de urgência e emergência.

Plano Estadual de Humanização da SES/MS, que integra a PNH às práticas assistenciais e de gestão hospitalar.

Regulamentos internos e Contrato de Gestão firmado entre a SES/MS e o Instituto Social Mais Saúde (ISMS), que definem metas, indicadores e responsabilidades na assistência integral e humanizada.

Referenciais Técnicos e de Acreditação

Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, Versão 2022, Níveis 1, 2 e 3, com ênfase nos requisitos de Humanização, Gestão de Processos Assistenciais e Apoio Psicossocial.

Normas ABNT NBR 15943 e NBR IEC 60601-2-52, referentes à segurança de pacientes em ambiente hospitalar e uso de equipamentos médicos.

Protocolos do Ministério da Saúde – Acolhimento com Classificação de Risco, Linha de Cuidado Materno-Infantil, Urgências Cardiovasculares, Violência Sexual, e Prevenção ao Suicídio.

Fluxograma de Recepção e ACCR (porta de entrada, SAMU/Regulação, triagem, comunicação à família).

Considerando a Política Nacional de Humanização, acolhimento traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde desde sua chegada, com responsabilidade integral por ele, ouvindo sua queixa e permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica em prestar um atendimento resolutivo e corresponsável, orientando, conforme o caso, o usuário e sua família, além de garantir a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário' (PNH/MS, 2006). O acolhimento, desejado como um processo transversal, permeia todos os espaços do serviço e da rede. Ele é, antes de tudo, uma postura a ser adotada por todas as equipes, visando escutar e atender melhor às necessidades singulares da mulher/gestante

Em um hospital geral, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais apresenta características específicas, relacionadas às necessidades e demandas do processo emergencial. A falta de informação clara e objetiva, é um dos fatores que contribuem para a busca frequente pelos serviços de urgência e emergência. O acolhimento do paciente e seu acompanhante desempenha um papel fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo o protagonismo do cuidado centrado no paciente.

Frequentemente, queixas comuns da urgência e emergência podem mascarar situações clínicas que exigem ação rápida, o que demanda um preparo adequado das equipes para uma escuta qualificada e o desenvolvimento de habilidades para um julgamento clínico criterioso. O acolhimento é fundamental, não apenas para o reconhecimento de condições clínicas urgentes, mas também para potencializar a jornada do paciente. Seu principal objetivo é promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde, ao longo de todo o percurso nos serviços, abrangendo a recepção, os espaços assistenciais e as providências necessárias para oferecer uma resposta definitiva ou encaminhamento responsável para outros locais

O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse contexto, o Acolhimento associado à ferramenta de Classificação de Risco tem como objetivo reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos. O AACR (Acolhimento com Classificação de Risco) contribui para a tomada de decisões dos profissionais de saúde, com base em uma escuta qualificada, aliada ao julgamento clínico fundamentado em protocolos cientificamente respaldados.

O fluxo de atendimento desde o pronto-socorro 24h até a internação no hospital geral envolve várias etapas essenciais para garantir o cuidado adequado aos pacientes, especialmente

aqueles em situações emergenciais. Abaixo está um fluxo típico descrito para esse tipo de atendimento:

1. Chegada ao Pronto-Socorro (PS)

- **Triagem inicial:*** Ao chegar, o paciente passa por uma triagem onde um profissional de saúde avalia a gravidade da situação. Essa triagem é feita de acordo com protocolos específicos (ex: Sistemática adaptada de Triagem do Ministério da Saúde), garantindo que os casos mais graves sejam atendidos com urgência.
- **Classificação de risco:** O paciente é classificado em diferentes categorias de risco, como "urgente", "emergência" ou "não urgente", para priorizar o atendimento.

2. Atendimento Inicial no PS

- **Anamnese e Exame Físico:** O médico de plantão realiza uma avaliação detalhada da história clínica e dos sinais vitais do paciente. Isso pode envolver coleta de informações sobre o motivo da busca por atendimento e exames clínicos.
- **Exames complementares iniciais:** Dependendo da situação, podem ser realizados exames de imagem (raios-X, tomografia, ultrassonografia) ou laboratoriais (exames de sangue, urina, entre outros) para ajudar no diagnóstico.

3. Classificação de Gravidade e Necessidade de Internação

- **Caso o diagnóstico indique que o paciente apresenta uma condição grave que exige internação** (como acidente vascular cerebral, infarto, fraturas complexas etc.), o médico do PS avalia a necessidade de transferência para um hospital geral.
- **Estabilização:** Antes de transferir o paciente para a internação, ele pode ser estabilizado no pronto-socorro, recebendo medicamentos, oxigênio ou cuidados emergenciais conforme necessário.

4. Encaminhamento para o Hospital Geral

- **Solicitação de vaga e transporte:** Se for necessário encaminhamento para internação em um hospital geral, o médico de plantão solicita a vaga no hospital de destino. Em alguns casos, a vaga pode ser solicitada para unidades de terapia intensiva (UTI) se a condição do paciente exigir.
- **Ambulância ou transporte adequado:** O transporte do paciente é feito por ambulância, com acompanhamento de uma equipe médica ou de enfermagem, se necessário. O tipo de transporte depende da gravidade da condição do paciente.

5. Chegada ao Hospital Geral e Transferência

- Recepção na unidade hospitalar: Ao chegar no hospital geral, o paciente é recebido pela equipe de enfermagem e médica da unidade para a qual foi encaminhado. Um novo protocolo de recepção é seguido, incluindo a revisão do histórico do paciente, exames e monitoramento de sinais vitais.

- Acomodação no leito: O paciente é alocado em uma enfermaria, UTI ou em outra unidade, conforme a gravidade da condição.

- Reavaliação: Após a transferência, o paciente é reavaliado pela equipe médica do hospital geral, que pode realizar exames adicionais, iniciar tratamentos específicos ou decidir pela realização de procedimentos cirúrgicos, se necessário.

Fluxo do Atendimento do Serviço Social na Urgência e Emergência

Identificação da demanda

- O/a assistente social é acionado:
- Pela equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas clínicas e outros).
- Pela própria família/paciente.
- Por observação direta durante a rotina no setor.
- **Critérios comuns:** situação de vulnerabilidade social, abandono, violência, falta de documentos, pacientes sem acompanhante, óbitos, usuários em situação de rua, entre outros.

Acolhimento e escuta qualificada

- Realizado com o paciente e/ou seus familiares.
- Objetivo: compreender a realidade social, necessidades imediatas e possíveis violações de direitos.
- Uso de técnicas de entrevista, observação e análise crítica da situação.

Avaliação socioeconômica

- Levantamento de dados sobre:
- Condições de moradia, renda e trabalho.
- Rede de apoio (família, amigos, vizinhos).
- Acesso a políticas públicas (saúde, assistência social, previdência).

- Verificação da documentação pessoal e condições de acesso aos serviços de saúde.

Intervenção social

- Articulação com a rede intra-hospitalar:
- Equipe médica, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, etc.
- Encaminhamentos:
- Serviço de Assistência Social do município.
- Instituições de acolhimento.
- Conselho Tutelar, CREAS/CRAS, Defensoria Pública, entre outros.
- Ações de orientação sobre direitos sociais (auxílio funeral, BPC, transporte, alta responsável etc.).

Acompanhamento e registro

- Acompanhamento durante o período de internação (quando necessário).
- Registros detalhados no prontuário eletrônico ou físico, respeitando sigilo profissional.
- Planejamento para alta hospitalar com suporte da rede de proteção social.

Desligamento e retorno à rede

- Apoio na articulação com a rede de saúde (atenção básica, CAPS, UBS etc.).
- Garantia de continuidade do cuidado e proteção após a alta.
- Quando necessário, elaboração de parecer ou relatório social

Internação e Acompanhamento

- O paciente segue sob os cuidados da equipe de saúde do hospital geral, com acompanhamento contínuo e avaliação diária.
- Durante a internação, podem ser realizadas intervenções mais complexas, como cirurgias, terapias medicamentosas específicas, entre outras.

Alta ou Transferência para Outros Serviços

- Após estabilização e tratamento adequado, o paciente pode receber alta para casa, com orientações de cuidados pós-alta.
- Caso o paciente precise de tratamento especializado que o hospital geral não oferece, ele pode ser transferido para uma unidade especializada, como um hospital de referência para doenças específicas.

Fluxo de Atendimento da Psicologia na Urgência e Emergência

A atuação do psicólogo nesse contexto é voltada para o **acolhimento e manejo de crises emocionais, psíquicas e comportamentais** associadas a situações de adoecimento, trauma, perdas, internação súbita ou violência.

1. Identificação e chegada da demanda

- **Origem do encaminhamento:**
- Equipe multiprofissional (médico, enfermagem, serviço social, etc.).
- Busca espontânea do paciente ou familiares.
- Observação direta do psicólogo durante a rotina no setor.

Principais demandas:

- Crises de ansiedade, pânico, tentativas de suicídio.
- Violência (doméstica, sexual, urbana).
- Luto, óbito e comunicação de más notícias.
- Conflitos familiares em torno da internação ou alta hospitalar.
- Transtornos psiquiátricos descompensados.

Acolhimento e escuta qualificada

- Estabelecimento de vínculo, mesmo que breve.
- Escuta ativa com manejo de sofrimento psíquico.
- Identificação de risco iminente (autoextermínio, heteroagressividade).
- Apoio emocional ao paciente e/ou à família.
- Contenção emocional e psíquica em situações de crise.

Avaliação psicológica pontual

- Avaliação da funcionalidade emocional/psíquica no momento.
- Análise da necessidade de intervenção imediata ou acompanhamento posterior.
- Apoio à tomada de decisões difíceis (ex.: em situações de terminalidade, recusa de tratamento, alta contra orientação médica).

Intervenções breves

- Técnicas de **psicoterapia breve de crise**.
- Ações de **psicoeducação** e orientação sobre saúde mental.
- Apoio na **comunicação de más notícias** junto à equipe.
- Facilitação da comunicação entre paciente, família e equipe de saúde.
- Encaminhamento, quando necessário, para psiquiatria ou rede de saúde mental.

Encaminhamento e articulação com a rede

- Encaminhamento para CAPS, ambulatórios de saúde mental, serviços de psicologia na atenção básica ou assistência social.
- Orientações à família sobre continuidade do cuidado.
- Comunicação com o Serviço Social, quando necessário, para articulação intersetorial.

Registro das ações

- Registro no prontuário clínico respeitando o Código de Ética Profissional.
- Análise da demanda atendida e descrição da conduta adotada.
- Registro sigiloso, objetivo e baseado em critérios técnicos.

Esses fluxos podem variar de acordo com a estrutura do sistema de saúde local e as condições dos pacientes, mas de maneira geral, esse é o processo padrão para a transição do pronto-socorro 24h para um hospital geral.

Por fim, a implantação da ACCR possibilita as seguintes mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários, e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- Atendimento médico, do enfermeiro, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

Destacamos então, como atribuições das equipes da ACCR:

- Capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários, SAMU-192, Bombeiros, e outros;
- Resolutividade de problemas e conflitos;
- Agilidade, observação e julgamento crítico;
- Qualificação por meio de treinamentos para a atividade proposta;
- Experiência no atendimento em urgências.

O **Instituto Social Mais Saúde** buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a “porta de entrada”, executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS. Abordaremos a seguir as principais diretrizes do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR).

Ressaltamos que compreendemos e seguimos apoiados pela Política Nacional de Humanização, no qual “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (PNH/MS, 2006).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos Pacientes. Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.

O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais. não se reduz a uma reorganização espacial com adequação

de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo. A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança.
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços.
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência.
- Informação aos Pacientes e familiares/acompanhantes dos tempos de espera prevista para atendimento.

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas, também verbais, o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação como a seguir:

“Prezado(a) Paciente”,

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas da Unidade Assistencial de Saúde, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança durante sua permanência conosco.

O **Instituto Social Mais Saúde** compreende acerca da importância da avaliação criteriosa dos pacientes, a fim de garantir acesso a população que busca o serviço de saúde e ainda, promover equidade durante as situações mais críticas. Assim sendo, utilizamos no serviço de triagem o Protocolo de Triagem do Ministério e, protocolos assistenciais a fim de nortear o melhor cuidado baseado em evidências.

Assim, abaixo discorreremos um tanto sobre a metodologia de construção de documentos que possibilitam a construção do cuidado em saúde:

Protocolo de Classificação de Risco – Estabelecimento e adoção

A Classificação de Risco é uma ferramenta crucial no atendimento de urgências e emergências, desempenhando um papel vital na organização dos serviços de saúde e na garantia de um atendimento eficiente e seguro.

Sua importância reside na capacidade de priorizar o atendimento de pacientes com base na gravidade de seus sintomas, o que é fundamental em ambientes onde a demanda por cuidados médicos é alta e os recursos, como tempo e profissionais de saúde, são limitados.

Priorização de Casos Graves: A principal função da Classificação de Risco é identificar rapidamente os pacientes em risco de vida ou com condições muito graves que requerem atendimento imediato. Ao categorizar os pacientes em diferentes níveis de urgência, como emergente (vermelho) ou muito urgente (vermelha), o sistema garante que aqueles que necessitam de cuidados imediatos sejam atendidos sem demora, evitando complicações graves ou até mesmo a morte.

Otimização do Atendimento: Em um ambiente de emergência, onde cada segundo conta, o sistema de Classificação de Risco do Ministério da Saúde ajuda a otimizar o fluxo de pacientes. Ele permite que os profissionais de saúde foquem primeiro nos casos mais críticos, enquanto os pacientes com condições menos graves (classificados como verde ou azul) podem esperar sem comprometer sua saúde. Isso resulta em um uso mais eficiente dos recursos de saúde e melhora a capacidade de resposta em situações de alta demanda.

Redução de Riscos e Erros: Ao fornecer um método estruturado para a avaliação inicial dos pacientes, a Classificação de Risco reduz o risco de erros no processo de triagem. A padronização dos critérios de classificação contribui para a consistência nas decisões, independentemente de quem realiza a triagem, aumentando a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

Comunicação Eficaz: A utilização de um sistema de classificação reconhecido internacionalmente, como o a Classificação de Risco do Ministério da Saúde, facilita a comunicação entre os profissionais de saúde. As cores e categorias são universalmente compreendidas, permitindo uma rápida transmissão de informações sobre o estado dos pacientes entre equipes e departamentos, o que é essencial em emergências.

Assim sendo, a Classificação de Risco é uma ferramenta indispensável no gerenciamento de emergências médicas, garantindo que os pacientes mais necessitados recebam atendimento prioritário, otimizando o uso de recursos e contribuindo para a segurança e eficácia do sistema de saúde.

Protocolos Assistenciais – Estabelecimento e adoção

Os protocolos clínicos institucionais são diretrizes estabelecidas por instituições de saúde para padronizar o atendimento médico, garantindo que os profissionais sigam práticas baseadas em evidências científicas e alinhadas com as melhores recomendações disponíveis. Esses protocolos são ferramentas fundamentais para promover a qualidade, a segurança e a eficiência no cuidado ao paciente.

Importância dos Protocolos Clínicos Institucionais

Padronização do Atendimento: Um dos principais objetivos dos protocolos clínicos é assegurar que todos os profissionais de saúde adotem uma abordagem uniforme no tratamento dos pacientes. Isso é crucial para reduzir a variabilidade nos cuidados prestados, que pode ocorrer devido a diferentes níveis de experiência, formação ou interpretações pessoais. A padronização ajuda a garantir que todos os pacientes recebam o mesmo nível de cuidado, independentemente de quem esteja fornecendo o tratamento.

Segurança do Paciente: Protocolos clínicos bem definidos ajudam a prevenir erros médicos, que podem ocorrer por falhas na comunicação, decisões clínicas equivocadas ou por omissão de cuidados essenciais. Ao seguir protocolos claros, os profissionais minimizam os riscos de tratamentos inadequados ou omissões, aumentando a segurança do paciente e melhorando os desfechos clínicos.

Eficiência no Uso de Recursos: Em um ambiente onde os recursos de saúde, como tempo, medicamentos e pessoal, são frequentemente limitados, os protocolos clínicos desempenham um papel vital na otimização do uso desses recursos. Eles orientam os profissionais sobre as melhores práticas e os tratamentos mais eficazes, evitando desperdícios e contribuindo para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Base Científica e Atualização Contínua: Protocolos clínicos são baseados em evidências científicas, o que significa que as decisões de tratamento são fundamentadas nas melhores pesquisas disponíveis. Além disso, esses protocolos são frequentemente revisados e atualizados para refletir novos avanços e descobertas na medicina, garantindo que os pacientes tenham acesso aos cuidados mais atuais e eficazes.

Treinamento e Capacitação: Para os profissionais de saúde, os protocolos servem como uma ferramenta de aprendizagem contínua. Eles facilitam o treinamento e a capacitação, especialmente para novos membros da equipe ou em emergências, onde é crucial agir rapidamente com base em informações confiáveis e pré-estabelecidas.

Monitoramento e Avaliação de Desempenho: Instituições que adotam protocolos clínicos têm melhores condições de monitorar e avaliar a qualidade do atendimento prestado. Eles fornecem uma base para auditorias e revisões de desempenho, permitindo que as instituições identifiquem áreas de melhoria e implementem mudanças necessárias para aprimorar o cuidado ao paciente.

Assim sendo, os protocolos clínicos institucionais são essenciais para garantir um atendimento de saúde consistente, seguro e de alta qualidade. Eles servem como guias confiáveis para os profissionais de saúde, promovendo a padronização, aumentando a segurança do paciente, otimizando recursos e garantindo que os cuidados prestados estejam sempre alinhados com as melhores práticas e evidências científicas disponíveis.

Em um cenário de saúde cada vez mais complexo, os protocolos são fundamentais para manter a excelência no atendimento e enfrentar os desafios diários de maneira eficaz e eficiente.

a) Sala de Observação:

- A internação do paciente somente poderá ser efetuada sob a responsabilidade de um médico legalmente habilitado.
- O paciente/responsável deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e apresentar originais, assim como a AIH devidamente autorizada pela Secretaria Estadual de Saúde.
- No ato da internação, o paciente/responsável deverá tomar conhecimento deste manual e observarem e cumprir as orientações.
- A admissão de pacientes somente será realizada mediante a liberação do leito por parte do (a) enfermeiro (a) supervisor (a) do setor.
- O leito deverá passar por limpeza e desinfecção conforme recomendações básicas para limpeza, desinfecção de ambiente, artigos e roupas da CCIH.

b) Procedimento:

- Receber o paciente na sala de observação;
- Conferir o prontuário quanto ao nome completo do paciente, número do leito e registro hospitalar;
- Verificar prescrição ou necessidade de isolamento;
- Observar higiene do paciente;
- Encaminhá-lo ao banho de aspersão ou realizar banho no leito, se necessário;
- Oferecer pijama ou camisola da instituição;
- Verificar sinais vitais;
- Orientar o paciente quanto as normas da instituição;
- Conferir o preenchimento completo dos cabeçalhos dos impressos;
- Fazer admissão do paciente no prontuário com: horário da admissão, motivo da internação, sinais vitais, estado do paciente;
- Comunicar ao serviço de nutrição e dietética sobre a internação informando o nome, leito e tipo de dieta;
- Se houver pedidos de exames, encaminhá-los aos setores competentes;

- Organizar o prontuário para facilitar o manuseio pela própria enfermagem.

O **Instituto Social Mais Saúde** compreende acerca da importância da avaliação criteriosa dos pacientes, a fim de garantir acesso a população que busca o serviço de saúde e ainda, promover equidade durante as situações mais críticas. Assim sendo, utilizamos no serviço de triagem o Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde e, protocolos assistenciais a fim de nortear o melhor cuidado baseado em evidências.

Assim, abaixo discorreremos um tanto sobre a metodologia de construção de documentos que possibilitam a construção do cuidado em saúde:

Protocolo de Classificação de Risco – Estabelecimento e adoção

A Classificação de Risco é uma ferramenta crucial no atendimento de urgências e emergências, desempenhando um papel vital na organização dos serviços de saúde e na garantia de um atendimento eficiente e seguro.

Sua importância reside na capacidade de priorizar o atendimento de pacientes com base na gravidade de seus sintomas, o que é fundamental em ambientes onde a demanda por cuidados médicos é alta e os recursos, como tempo e profissionais de saúde, são limitados.

Priorização de Casos Graves: A principal função da Classificação de Risco é identificar rapidamente os pacientes em risco de vida ou com condições muito graves que requerem atendimento imediato. Ao categorizar os pacientes em diferentes níveis de urgência, como emergente (vermelho) o sistema garante que aqueles que necessitam de cuidados imediatos sejam atendidos sem demora, evitando complicações graves ou até mesmo a morte.

Otimização do Atendimento: Em um ambiente de emergência, onde cada segundo conta, o sistema de Classificação de Risco do Ministério da Saúde ajuda a otimizar o fluxo de pacientes. Ele permite que os profissionais de saúde foquem primeiro nos casos mais críticos, enquanto os pacientes com condições menos graves (classificados como verde ou azul) podem esperar sem comprometer sua saúde. Isso resulta em um uso mais eficiente dos recursos de saúde e melhora a capacidade de resposta em situações de alta demanda.

Redução de Riscos e Erros: Ao fornecer um método estruturado para a avaliação inicial dos pacientes, a Classificação de Risco reduz o risco de erros no processo de triagem. A padronização dos critérios de classificação contribui para a consistência nas decisões, independentemente de quem realiza a triagem, aumentando a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

Comunicação Eficaz: A utilização de um sistema de classificação reconhecido internacionalmente, facilita a comunicação entre os profissionais de saúde. As cores e categorias

são universalmente compreendidas, permitindo uma rápida transmissão de informações sobre o estado dos pacientes entre equipes e departamentos, o que é essencial em emergências.

Assim sendo, a Classificação de Risco é uma ferramenta indispensável no gerenciamento de emergências médicas, garantindo que os pacientes mais necessitados recebam atendimento prioritário, otimizando o uso de recursos e contribuindo para a segurança e eficácia do sistema de saúde.

Protocolos Assistenciais – Estabelecimento e adoção

Os protocolos clínicos institucionais são diretrizes estabelecidas por instituições de saúde para padronizar o atendimento médico, garantindo que os profissionais sigam práticas baseadas em evidências científicas e alinhadas com as melhores recomendações disponíveis. Esses protocolos são ferramentas fundamentais para promover a qualidade, a segurança e a eficiência no cuidado ao paciente.

Importância dos Protocolos Clínicos Institucionais

Padronização do Atendimento: Um dos principais objetivos dos protocolos clínicos é assegurar que todos os profissionais de saúde adotem uma abordagem uniforme no tratamento dos pacientes. Isso é crucial para reduzir a variabilidade nos cuidados prestados, que pode ocorrer devido a diferentes níveis de experiência, formação ou interpretações pessoais. A padronização ajuda a garantir que todos os pacientes recebam o mesmo nível de cuidado, independentemente de quem esteja fornecendo o tratamento.

Segurança do Paciente: Protocolos clínicos bem definidos ajudam a prevenir erros médicos, que podem ocorrer por falhas na comunicação, decisões clínicas equivocadas ou por omissão de cuidados essenciais. Ao seguir protocolos claros, os profissionais minimizam os riscos de tratamentos inadequados ou omissões, aumentando a segurança do paciente e melhorando os desfechos clínicos.

Eficiência no Uso de Recursos: Em um ambiente onde os recursos de saúde, como tempo, medicamentos e pessoal, são frequentemente limitados, os protocolos clínicos desempenham um papel vital na otimização do uso desses recursos. Eles orientam os profissionais sobre as melhores práticas e os tratamentos mais eficazes, evitando desperdícios e contribuindo para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Base Científica e Atualização Contínua: Protocolos clínicos são baseados em evidências científicas, o que significa que as decisões de tratamento são fundamentadas nas melhores pesquisas disponíveis. Além disso, esses protocolos são frequentemente revisados e atualizados para refletir novos avanços e descobertas na medicina, garantindo que os pacientes tenham acesso aos cuidados mais atuais e eficazes.

Treinamento e Capacitação: Para os profissionais de saúde, os protocolos servem como uma ferramenta de aprendizagem contínua. Eles facilitam o treinamento e a capacitação, especialmente para novos membros da equipe ou em emergências, onde é crucial agir rapidamente com base em informações confiáveis e pré-estabelecidas.

Monitoramento e Avaliação de Desempenho: Instituições que adotam protocolos clínicos têm melhores condições de monitorar e avaliar a qualidade do atendimento prestado. Eles fornecem uma base para auditorias e revisões de desempenho, permitindo que as instituições identifiquem áreas de melhoria e implementem mudanças necessárias para aprimorar o cuidado ao paciente.

Assim sendo, os protocolos clínicos institucionais são essenciais para garantir um atendimento de saúde consistente, seguro e de alta qualidade. Eles servem como guias confiáveis para os profissionais de saúde, promovendo a padronização, aumentando a segurança do paciente, otimizando recursos e garantindo que os cuidados prestados estejam sempre alinhados com as melhores práticas e evidências científicas disponíveis.

Em um cenário de saúde cada vez mais complexo, os protocolos são fundamentais para manter a excelência no atendimento e enfrentar os desafios diários de maneira eficaz e eficiente.

Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares

- Os critérios para eleger o usuário e os familiares para apoio psicológico e assistência social serão definidos pelo médico responsável pelo caso, sendo informado ao Diretor Técnico quando houver dúvidas sobre o procedimento a ser adotado.
- A definição do atendimento psicossocial ao usuário e familiares será tomada por meio de iniciativa do médico responsável pelo paciente ou a partir de sugestão/orientação da enfermagem, que são os profissionais que estão intimamente envolvidos com o paciente e familiares e podem avaliar com mais exatidão a necessidade de tal tipo de apoio psicológico.
- A orientação social também será fruto da iniciativa do médico, basicamente, podendo a equipe de enfermagem contribuir com sugestões para a atuação da equipe de assistência social a partir de observações das atitudes do paciente e familiares.
- Caso os familiares e paciente não necessitem de apoio social e sim psicológico, o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionar a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, com o paciente e familiares.
- A principal proposta é que haja um profissional Assistente Social e um Psicólogo em todos os turnos de funcionamento da Unidade de Saúde, atuando junto aos cidadãos e acompanhantes nas salas de espera da emergência de forma integrada com o

Ambulatório e todas as modalidades de atendimento da unidade, em busca de qualidade da atenção, acolhimento e recepção. Estes profissionais deverão ter autonomia para executar, coordenar e conduzir a equipe de profissionais responsáveis pela recepção destes cidadãos que demandam a unidade, para uma atenção de excelência, que garanta um atendimento digno, acolhedor, humanizado e resolutivo ao paciente.

- O Serviço Social e a Psicologia de um modo geral e na área da saúde em particular, atuam em parceria com outros profissionais. Na urgência e emergência de uma Unidade de Saúde os profissionais devem estar preparados para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes e familiares como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, ou mesmo atuar como retaguarda médica social nos casos de moradia inadequada ou residências distantes, tudo de acordo com a necessidade apresentada pelos pacientes.
- A atuação do psicólogo abrange a assistência psicológica aos pacientes/familiares, em situações de crise e de emergência, pelo apoio, orientação e pelas psicoterapias breves, inclui também a interação em outras situações e oportunidades e o desenvolvimento de uma comunicação própria com os usuários, isto favorece a prevenção, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas que venham a interferir na interação com os demais profissionais e refletir na adesão tratamento.
- Estas serão as principais atividades desenvolvidas pelo apoio psicossocial na sala de observação, emergência e ambulatório:
- Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas), humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seu acompanhante.
- Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo.
- Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos /acompanhantes.
- Trabalhar junto ao cidadão /acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco, no sentido de salvar vidas.
- Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.
- Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.

- Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde.
- Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e psicológicos com fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da unidade.
- Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros.
- Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar.
- Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica).
- Contactar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes.
- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.
- Fornecer assistência psicológica aos familiares em caso de óbito.
- Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento.
- Contactar por telefone e/ou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas.
- Orientar os familiares e/ou paciente sobre a importância e necessidade de doação de sangue.
- Inserir usuários especiais na rotina, após a avaliação do caso.
- Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, riscos e agravos para o tratamento médico.
- Reforçar a importância de campanhas e multidões que a Unidade realizar.
- Agendar o teste do pezinho e o retorno ambulatorial do recém-nascido.
- Executar demais atividades afins.
-

Para melhor desempenho do trabalho faz-se necessário que o profissional de Serviço Social tenha como perfil:

- Ser dinâmico/ proativo;
- Ter boa aparência;
- Ser resolutivo/ser pontual;
- Ser educado/ Simpático/ Receptivo;
- Saber fazer abordagem de forma adequada;
- Ter pontualidade;
- Ser articulador (articular a equipe para soluções de problemas);
- Ser acolhedor (visão humanizada).

No desempenho de suas atividades, nas UPA, os Assistentes Sociais adotam os serviços e procedimentos a seguir relacionados.

- Realizar a triagem priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes
- Atender pacientes, familiares e acompanhantes
- Discutir casos com equipe multiprofissional
- Orientar sobre os direitos sociais e de cidadania

Abaixo, descrevemos as principais atribuições do serviço social e da psicologia conforme contexto da área hospitalar:

- Acolher pacientes, acompanhantes e/ou familiares, esclarecendo-os sobre a expectativa de atendimento nos hospitais de emergência
- Informar aos pacientes internados e/ou familiares da possibilidade de transferência para outras unidades;
- Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- Referenciar os pacientes 'em situação de rua' para rede de proteção social;
- Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Informar-se por meio do NIR das transferências dos pacientes, e informar aos familiares;
- Interagir com a equipe multiprofissional da unidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas a esta categoria;
- Apresentar relatórios mensais com atividades desenvolvidas.

Gerenciamento Das Expectativas Dos Familiares E/Ou Acompanhantes

Nos contratos internos de gestão e nas discussões sobre a diretriz do acolhimento, foi identificada, por meio das interlocuções de saúde (como a ouvidoria), a necessidade de melhorar a comunicação e a informação para os usuários, familiares e/ou acompanhantes. Isso amplia os processos de socialização e facilita a disseminação de informações pertinentes ao estado de saúde do usuário, minimizando a angústia e o sofrimento daqueles que buscam atendimento.

O objetivo desse processo é efetivar um trabalho em equipe com responsabilização, garantindo os princípios do SUS; reduzir os problemas de gestão relacionados aos ruídos provocados pela falta de comunicação; e fornecer informações estratégicas aos usuários, familiares e rede social, visando aumentar a visibilidade e a dinâmica do acompanhamento dos pacientes, melhorando, assim, o grau de satisfação de todos os envolvidos.

Esse processo implica também em discussões nos fóruns de urgência e emergência, bem como em atenção primária, além de uma reformulação interna dos processos de trabalho e da necessidade de um trabalho em equipe. Isso fortalece, de maneira contundente, os modelos de gestão. Foi assim que se instituiu um importante marca quanto à humanização dos serviços, com a implementação das diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH).

Dessa forma, adotamos o modelo tecno assistencial, que consiste em um conjunto de equipamentos assistenciais e serviços articulados, inseridos em um território com definição clara de finalidade. Esse modelo constrói a compreensão de que uma rede de atenção à saúde não deve ter maior relevância que outra; ao contrário, o cuidado integral só é possível por meio da articulação dessas redes, dando início aos movimentos de integração das redes de atenção.

2.2.1.2. Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários

Conceitos Básicos

- Acompanhante: Considera-se acompanhante a pessoa pertencente ou não à família do paciente, a princípio escolhida sempre pelo próprio, exceto se não se encontrar em condições para isto. O acompanhamento familiar contribui muito na preparação da alta do paciente e consequentemente na continuidade dos cuidados.
- Visitante: Considera-se visitante pessoa da família ou que tenha algum tipo de vínculo com o paciente.
- Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e visão do Hospital (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes e funcionários de empresas terceirizadas).

- Conforto Espiritual: Atendimento prestado por religiosos aos pacientes internados. Com espaço para todos os credos religiosos, indistintamente, desde que os mesmos respeitem as normas básicas de boa conduta e os pacientes internados.

Direito à Visita

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, desde que não haja restrições.

Medidas de Orientação

a) É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/antebraços e utilização de vestimenta conforme rotina de cada setor.

b) É proibida a realização de procedimentos hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.

Obs.: Fica a critério da equipe multidisciplinar da unidade verificar a necessidade de os acompanhantes realizarem procedimentos hospitalares sob supervisão, para:

- Orientação de alta
- Verificação de procedimentos domiciliares e, portanto, necessitam treinamento hospitalar durante a internação
- Demais providências necessárias à plena recuperação do paciente.
- Em todos os casos caberá ao enfermeiro responsável pela unidade a autorização final.

Orientação do Quadro Clínico

a) As informações médicas serão transmitidas somente pelo médico assistente sempre pessoalmente e nos horários de boletim médico. Não serão passadas informações clínicas por telefone.

b) O enfermeiro responsável pela unidade deverá integrar à equipe multiprofissional que cuida do paciente e prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação deste.

Nos casos de confirmação da internação do paciente, no ato da internação será entregue o Manual do Usuário, acompanhante e Visitante, que segue:

2.2.1.3. Manual Do Usuário, Acompanhante E Visitante



INTRODUÇÃO

O Instituto Social Mais Saúde apresenta o Manual do Usuário, acompanhante e visitante desenvolvido para orientá-lo durante o seu atendimento e permanência na instituição.

Este manual destina-se a pacientes e seus cuidadores (acompanhantes, familiares e visitantes) e sua finalidade é prestar informações importantes aos usuários de nossos serviços, como práticas que visam o bem-estar e a recuperação do paciente, sendo um instrumento facilitador para a convivência comum no ambiente hospitalar.

DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

O Instituto Social Mais Saúde reconhece sua

responsabilidade no desenvolvimento e

implementação de diretrizes que assegurem os

direitos e as responsabilidades do paciente e de

seus familiares. Por isso, disponibilizamos em

todos os leitos, recepções e salas de procedimentos

o encarte “Direitos e Deveres do Paciente”.



Você poderá acessá-lo e baixá-lo através do QRCode disponível no canto inferior esquerdo.

ACOMODAÇÕES

Os pacientes internados ficarão em leito tipo “Enfermaria” com camas elétricas ou manuais e grades de proteção atendendo a norma NBRIEC60601-2-52 DE 03/2020.

Ressaltamos nosso comprometimento com a segurança dos nossos pacientes, portanto havendo necessidades e recomendações médicas, as camas poderão ser rebaixadas, poderá haver maior quantidade de travesseiros para melhor acomodação, poderá ser utilizado colchão pneumático para evitar lesão por pressão. Em caso de dúvidas, procure a equipe médica e assistencial.

VISITA AO PACIENTE

Os pacientes internados ficarão em leito tipo “Enfermaria” com camas elétricas ou manuais e grades de proteção atendendo a norma NBRIEC60601-2-52 DE 03/2020.

Todo visitante/acompanhante é bem-vindo e deverá seguir a paramentação adequada conforme recomendação vigente do Serviço de Controle de Infecção, durante todo o tempo dentro do hospital, e realizar a higiene das mãos antes de entrar e após sair do quarto, conforme informativo localizado junto às pias.

Ficam **restritos** de realizar visitas:

- Menores de 18 anos;
- Maiores de 65 anos;
- Pessoas com sintomas de síndrome gripal;
- Pessoas que não apresentem carteira com esquema vacinal da COVID-19 (mínimo 2 doses).

Em casos de ausência da vacina e recusa do visitante, acionar o SCIH e Serviço Social para análise de medidas resolutivas.

De acordo com o quadro clínico do paciente, o número de visitantes poderá ser limitado. Pensando no bem-estar do paciente internado, estabelecemos o horário de visita da seguinte forma:

Unidade de Internação:

Enfermaria: manhã, tarde e noite, com revezamento de 2 visitantes por vez

Unidade de Terapia Intensiva:

UTI Adulto: tarde, com revezamento de 2 visitantes por vez e duração de 30 minutos cada visitante;

UTI Neonatal: tarde, somente 1 visitante sem revezamento e duração de 30 minutos;

UTI Pediátrica: tarde, somente 1 visitante sem revezamento e duração de 30 minutos.

VISITA EXTRAORDINÁRIA

Em casos especiais, (pacientes em isolamento, pacientes paliativos, crianças ou idosos, entre outros) a possibilidade de ocorrer a visita fora do horário determinado será analisada e liberada conforme avaliação e autorização do serviço social junto ao Enfermeiro e Psicólogo do setor mediante solicitação prévia.

O visitante deverá encaminhar-se a recepção geral para fazer a solicitação da visita que será encaminhada para a avaliação de parecer positivo ou negativo da equipe responsável. Nos casos positivos, o visitante deverá preencher um formulário (Controle de Visita Extraordinária) com descrição do horário da visita e nome do visitante, além de sua assinatura.

CONDUTA DO VISITANTE / ACOMPANHANTE

Com o intuito de manter a sua segurança e dos demais, solicitamos atenção às informações abaixo:



Manter identificação de visitante (crachá / etiqueta) em local visível;



Higienizar as mãos sempre que entrar e sair do apartamento/enfermaria ou ter contato com o paciente



Não é permitida a entrada de alimentos para pacientes e acompanhantes. Pacientes possuem acompanhamento nutricional adequado a sua recuperação de acordo com seu estado clínico;



Não tocar ou manusear equipamentos, materiais e dispositivos médico-hospitalares. O Hospital reserva-se ao direito de cobrar pelos danos em seu patrimônio;



Não realizar registros fotográficos e/ou vídeos de pacientes e profissionais dentro da unidade, sem autorização;



É proibido fumar nas dependências conforme Lei Federal 9.294 de 15/07/1996.



Proibido entrada de pessoas portando arma branca e/ou arma de fogo.



Não é permitida a entrada de ventiladores e televisores;



É proibida a circulação de pessoas utilizando capacete ou qualquer peça que esconda o rosto;



Não lavar e estender roupas nos quartos e janelas;



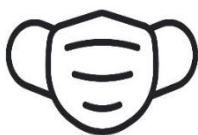
Caso o paciente já faça uso de algum medicamento fora do Hospital, acione o Farmacêutico para avaliar junto ao médico se ele será continuado e receber as devidas orientações;



Manter o silêncio nas unidades de internação durante o período em que permanecer no hospital, principalmente durante a noite.



Proibida a entrada de visitantes com o peito dos pés descobertos, tais como: uso de chinelo, sandália, rasteirinhas, saltos e outros tipos de sapatos abertos;



Utilizar a paramentação fornecida, durante todo o período que estiver dentro do Hospital.

ACHADOS E PERDIDOS

Profissionais, usuários, acompanhantes ou visitantes que tenham achado, perdido ou esquecido objetos no Hospital poderão dirigir-se a pessoalmente ao SAU para retirar o pertence.

Importante ressaltar que a guarda dos bens se dará por 3 meses, com busca ativa semanais e em caso de insucesso, o bem poderá ser doado ou descartado.

VISITA RELIGIOSA

O usuário terá direito de receber visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento do usuário, no período da manhã e tarde. O religioso deverá apresentar o documento de identificação.

ATENDIMENTO DE PACIENTES DA COMUNIDADE LGBTQIAPN+

No que diz respeito ao atendimento de usuários da comunidade LGBTQIAPN+ é vital o reconhecimento e respeito à sua identidade civil. Em conformidade com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que estabelece os direitos e deveres dos usuários da saúde (Carta dos 29 Direitos dos Usuários da Saúde), é imprescindível que na admissão do usuário LGBTQIAPN+ o mesmo deve ser identificado pelo nome e sobrenome civil, e que em todos os documentos, além de haver um campo específico para registro do nome social.

Esta portaria assegura expressamente o uso do nome social por travestis e transexuais nos serviços de saúde, independentemente do registro civil. O respeito ao nome de preferência é uma garantia, proibindo qualquer identificação por número, código de doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

Ao adotar essas diretrizes, o Hospital se compromete com um atendimento que não apenas trata de questões médicas, mas também reconhece a identidade e dignidade de cada indivíduo, promovendo um ambiente de acolhimento, respeito e atendimento humanizado. Essa abordagem é um passo significativo rumo a um cuidado de saúde mais inclusivo e humano para todos.

Por isso, reforçamos nosso compromisso no atendimento e direito desses pacientes e ressaltamos que é expressamente proibido qualquer ato discriminatório, podendo este ser punido na forma da lei:

Lei nº 2.718, de 23 de dezembro de 2002, que dispõe sobre as penalidades à prática de discriminação em razão de orientação sexual

Lei nº 10.948/2001, que dá o direito de punição para toda discriminação praticada contra indivíduos homossexuais, bissexuais ou transexuais

ALERTA DE GOLPE

Os Hospitais administrados pelo Instituto Social Mais Saúde destinam-se exclusivamente ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), não sendo permitido **nenhum tipo de cobrança** por nenhum tipo de serviço.

Caso haja alguma solicitação de cobrança **DENUNCIE** imediatamente ao Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

REFEIÇÕES

Terão direito à alimentação os acompanhantes dos pacientes protegidos pela lei* que garante o fornecimento das três principais refeições (maiores de 60 anos e menores de 18 anos). Aos demais, fica a critério do Serviço Social avaliar individualmente a liberação de refeição, considerando condição social, existência ou não de rede de apoio na capital e condições clínicas do paciente (impossibilidade de ficar sozinho no leito).

HORÁRIO DAS REFEIÇÕES

A alimentação dos pacientes internados segue a orientação do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital administrado pelo Instituto Social Mais Saúde, sendo:

Acompanhantes de pacientes recebem três refeições por dia;

O almoço e jantar para acompanhantes que têm direito a refeição serão servidos no mesmo horário do paciente, no quarto e conforme o cardápio do hospital.

Café da manhã: 6h às 9h;

Almoço: 11h às 13h;

Lanche: 15h às 16h;

Jantar: 18h às 19h

Ceia: 21h às 22h.

Os alimentos **não devem** ser guardados para consumo posterior. As refeições podem permanecer por 01 hora no quarto, sendo recolhidas após este período.

Não é permitido usar as dependências da copa para preparo ou aquecimento de alimentos.

***Estatuto do idoso (Lei nº 10.741/2003), Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999 e Estatuto da criança e do adolescente - ECA (Lei nº 8069/1990).**

ENXOVAL PARA ACOMPANHANTES

O enxoval deverá ser solicitado no ato da internação e a sua troca é realizada diariamente.

Entendemos que o enxoval pode ser um item importante para o cuidado do paciente, mas, de acordo com as políticas de saúde do SUS e as diretrizes do Hospital, é importante que o enxoval seja utilizado exclusivamente dentro do ambiente hospitalar. Isso é necessário para garantir que os materiais utilizados estejam devidamente higienizados e prontos para o uso em outras situações de atendimento.

Retirar esses materiais pode comprometer o controle da higiene e a continuidade do atendimento.

O enxoval hospitalar é cuidadosamente higienizado e preparado para o uso no hospital. Ao ser retirado do ambiente hospitalar, podemos não garantir que ele mantenha o nível de higiene adequado, o que pode ser importante para evitar a propagação de infecções ou complicações.

Se houver qualquer dúvida ou se precisar de mais informações sobre a nossa política de enxovais ou cuidados durante sua internação, por favor procure a equipe do SAU à para esclarecimentos.

TRANSFERÊNCIA INTERNA

Se houver necessidade do paciente ser transferido para UTI, os seus pertences e do acompanhante devem ser retirados do apartamento onde estava internado, para que a equipe médica possa liberar o leito para outro usuário que necessitar. Ao receber alta da UTI, o paciente terá à disposição um novo leito.

ALTA HOSPITALAR

O paciente de alta deverá obrigatoriamente deixar seu leito, onde será retirada a pulseira de identificação do paciente e entregue a autorização de saída, dentro do prazo de 02 (duas) horas, exceto nos casos em que depender de auxílio do serviço social.

O profissional da equipe de enfermagem acompanhará o paciente até a recepção principal.

Na alta de recém-nascidos, será conferida a identificação do bebê com a identificação da mãe.

No informe de alta, deverão constar os seguintes dados:

- a) Nome do usuário;
- b) Data de Nascimento;
- c) Nome da mãe;
- d) Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;
- e) Localização do Hospital (endereço, município, estado);
- f) Motivo da internação (CID-10);
- g) Data de admissão e data da alta;
- h) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
- i) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

- j) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";
- k) Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;
- l) Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU) E OUVIDORIA

O Serviço Atendimento ao Usuário é responsável por protocolar as satisfações, reclamações e sugestões dos pacientes, através dos registros de atendimento e realização das pesquisas de satisfação. Todas as manifestações poderão ser feitas através de e-mail ou por formulário espalhado pelo Hospital.

A Ouvidoria também é responsável por protocolar as satisfações, reclamações e sugestões dos pacientes, porém é um serviço do Estado. Todas as manifestações poderão ser feitas através de telefone, e-mail e formulário online.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Os pacientes, familiares e acompanhantes também podem ajudar a garantir a segurança da assistência ao longo da internação hospitalar. Veja algumas dicas importantes:

Meta 1 – Identificar corretamente o paciente

Sempre verificar se o nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe estão corretos antes de qualquer procedimento. Se você notar algo diferente, avise a equipe de saúde.

Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde

Faça perguntas sobre seu tratamento, medicação ou qualquer informação que você não entenda. É essencial que você esteja totalmente informado sobre o plano de cuidado.

Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Sempre informe aos profissionais de saúde sobre todos os medicamentos que você está tomando, incluindo prescrições, remédios sem receita médica e suplemento, para evitar reações adversas.

Meta 4 – Assegurar cirurgia em local de operação, procedimento e pacientes corretos

Antes de uma cirurgia, verifique se todas as informações sobre você estão corretas, incluindo nome completo, procedimento a ser realizado e o local no corpo a ser operado. Se houver dúvidas, pergunte aos profissionais de saúde.

Meta 5 – Higienizar as mãos para evitar infecções

Incentive os profissionais de saúde a lavarem às mãos antes e após o contato com você. Não hesite em lembrá-los e faça o mesmo: lave as mãos.

Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão

Pergunte aos profissionais da saúde as principais orientações sobre como você pode contribuir para evitar risco de queda e/ou lesão por pressão.

SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é o responsável pelo arquivamento e rastreabilidade dos prontuários e fichas ambulatoriais.

O próprio paciente ou seu representante legal (através de procuração), deve se direcionar para o setor de agendamento de consultas e preencher formulário específico de solicitação de prontuário e aguardar o prazo de 15 dias úteis para retornar ao hospital e receber a cópia do documento.

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Eu, _____ declaro que recebi, nesta data, o Manual de Orientação ao Paciente e Acompanhante da Unidade Hospitalar, com as orientações necessárias sobre o funcionamento do hospital, e declaro concordar com as informações contidas neste documento.

Nome Completo: _____

Paciente: _____

Responsável legal: _____

R.G: _____

Data: ____ / ____ / ____

Instruções e Controle de Risco para Visitas aos Usuários

Finalidade

Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitas aos pacientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

Âmbito De Aplicação

Todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral), visitantes e principalmente aos setores de enfermagem, Serviço Social, serviço de recepção e as portarias do hospital.

Fundamentação Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
- Política Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência – 7.853/89 e Decreto 3.298/99
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

Para a visita ocorrer sem transtorno e não comprometer as medidas de controle de infecção hospitalar, além das normas específicas da unidade hospitalar e da SES, observar adicionalmente:

A equipe de saúde da unidade hospitalar deverá:

- Orientar e supervisionar os visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade hospitalar, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a unidade hospitalar.
- Orientar e supervisionar os visitantes a ficarem sempre junto ao paciente que está visitando e a não entrar em contato com outros pacientes internados
- Esclarecer as dúvidas

O Visitante Deverá:

- Contribuir para manter a higiene e a ordem do local.
- Contribuir para manter a harmonia e silêncio.
- Não tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde.
- Não se sentar ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados.

- Evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes.
- Obedecer ao tempo estipulado para visita.
- Visitas religiosas deverão observar as Normas Internas da Instituição elaboradas pela CCIH.

2.2.2. Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital;

Em atendimento ao item 2.2.2, informamos que o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, apresenta o **protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital.**

2.2.2.1. *PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO*

 INSTITUTO Mais Saúde	<i>PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</i>

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADAPTADO

1. Introdução

O presente **Protocolo Clínico Assistencial Institucional de Classificação de Risco** tem por finalidade padronizar e qualificar o processo de acolhimento e priorização de atendimentos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, assegurando a integralidade, segurança e humanização no cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Classificação de Risco é a etapa inicial do atendimento em serviços de urgência e emergência e tem como objetivo identificar, de forma rápida e segura, o grau de gravidade e o potencial de

risco à vida, organizando o fluxo assistencial e priorizando o atendimento conforme a necessidade clínica do paciente.

A implantação deste protocolo está alinhada às diretrizes da **Política Nacional de Humanização (PNH)** e ao modelo de **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** do Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, em consonância com as normas de **Segurança do Paciente (RDC nº 36/2013/ANVISA)**, **Resolução CFM nº 2.077/2014**, e com os requisitos do **Manual Brasileiro de Acreditação – ONA**.

No HRDJSN, a Classificação de Risco é conduzida por profissionais de enfermagem devidamente capacitados, sob supervisão técnica da equipe médica e coordenação da Direção Técnica e do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). A Classificação de Risco é uma ferramenta essencial para a organização dos serviços de urgência e emergência, garantindo atendimento prioritário aos pacientes de acordo com a gravidade clínica, e não pela ordem de chegada.

No contexto, onde há elevada demanda espontânea nos serviços hospitalares, a adoção de um protocolo estruturado de classificação de risco contribui para reduzir tempos de espera, melhorar a qualidade da assistência e aumentar a segurança do paciente.

2.Revisão de literatura:

A classificação de risco é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e amplamente utilizada em sistemas de saúde internacionais, como o Manchester Triage System (MTS) e o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).

No Brasil, consolidou-se a adoção do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), preconizado pela PNH, que combina escuta qualificada, avaliação clínica inicial e definição de prioridades assistenciais.

Estudos nacionais (BRASIL, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) demonstram que a implementação do protocolo reduz mortalidade em pronto-atendimentos, melhora a resolutividade dos serviços e aumenta a satisfação dos usuários. Pesquisas regionais também apontam que, em municípios de médio porte, como Ponta Porã, a ausência de protocolos gera sobrecarga da equipe, longos tempos de espera e atraso na assistência a casos graves.

Demais estudos demonstram que a adoção de protocolos estruturados de triagem clínica melhora a eficiência assistencial, reduz o tempo de espera, previne eventos adversos e aumenta a satisfação dos usuários. O modelo de **Acolhimento com Classificação de Risco**, validado pelo Ministério da Saúde, propõe uma abordagem integral, considerando não apenas critérios clínicos, mas também aspectos psicossociais e contextuais do paciente.

A **Classificação de Risco** utiliza a escala de cores reconhecida internacionalmente (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), correspondendo à prioridade clínica de atendimento, conforme adaptação do **Manchester Triage System** e **Emergency Severity Index (ESI)**.

Níveis de Evidência e Segurança Assistencial:

- **Evidência A:** Triagem estruturada reduz mortalidade e tempo de espera (Schull MJ et al., *Ann Emerg Med*, 2011).
- **Evidência B:** Protocolos institucionais de ACCR aumentam a resolutividade e o grau de satisfação do usuário (Brasil, MS, 2014).
- **Custo-efetividade:** Sistemas informatizados e processos padronizados otimizam o uso de recursos humanos e materiais.

3.Objetivo(s):

Objetivo Geral

Padronizar e garantir o processo de acolhimento e classificação de risco no HRDJSN, assegurando atendimento rápido, seguro e humanizado, conforme o grau de gravidade clínica e prioridade assistencial.

Objetivos Específicos

- Ordenar o fluxo de atendimento de acordo com a severidade do quadro clínico;
- Reduzir o tempo de espera para pacientes críticos;
- Garantir escuta qualificada e abordagem humanizada;
- Prevenir riscos e agravos decorrentes de atrasos no atendimento;
- Favorecer a integração entre os setores de recepção, enfermagem, corpo clínico e serviço social;
- Monitorar os indicadores assistenciais e promover melhorias contínuas.

População-alvo: usuários atendidos nos setores de pronto atendimento, urgência e emergência do HRDJSN.

Equipe executora: profissionais de enfermagem habilitados, supervisionados pela equipe médica e pela gestão técnica hospitalar.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

- Sala de acolhimento equipada com maca, cadeira de rodas, mesa de avaliação e equipamentos de aferição (termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro, monitor multiparamétrico e kit de emergência).
- Sistema informatizado de registro e acompanhamento de triagem (quando disponível).
- Impressos institucionais: ficha de acolhimento, planilha de monitoramento, formulário de reavaliação e checklist de segurança.
- Estrutura de apoio com recepção, Serviço Social e apoio psicológico.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro(a):

- Realizar a triagem e aplicar o protocolo de classificação de risco institucional;
- Avaliar sinais vitais, sintomas e queixas principais;
- Comunicar imediatamente a equipe médica casos classificados como **vermelho (emergência)** e **laranja (muito urgente)**;
- Reavaliar pacientes em espera e atualizar a classificação conforme evolução clínica;
- Garantir registros completos e fidedignos no prontuário.

Técnico(a) de Enfermagem:

- Apoiar o enfermeiro na coleta de sinais vitais e condução de pacientes;
- Garantir o acolhimento humanizado e o apoio logístico ao fluxo de entrada;

Médico(a):

- Assegurar retaguarda imediata aos casos de prioridade alta;

- Supervisionar a aplicação do protocolo e participar da revisão periódica de critérios clínicos;

Serviço Social / Psicologia:

- Atuar no acolhimento de pacientes em situação de vulnerabilidade social;
- Apoiar a comunicação entre paciente, equipe e familiares;
- Articular encaminhamentos intersetoriais conforme necessidade.

Coordenação de Enfermagem / NQSP:

- Realizar auditoria periódica do protocolo e de seus resultados;
- Monitorar indicadores assistenciais e propor melhorias.

Recepcionista/Atendimento Administrativo

- Registrar entrada do paciente no sistema informatizado.
- Orientar sobre o fluxo do atendimento.
- Encaminhar para triagem de enfermagem.

Gestão Hospitalar/Núcleo de Humanização

- Garantir recursos humanos e materiais necessários.
- Monitorar os indicadores de desempenho.
- Promover capacitações periódicas para a equipe.

6.Atividades:

O sistema Classificação de Risco protocolo de Manchester deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. (Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 / Ministério da Saúde).

O método foi criado para permitir ao profissional da classificação de risco a atribuição rápida e uma prioridade clínica ao paciente que chega ao serviço de urgência. O sistema identifica aos doentes com maior prioridade e não tem pretensão de realizar diagnóstico. A prática clínica gira em torno do conceito da queixa inicial ou principal sinal e sintoma que motiva o paciente a

procurar o serviço de urgência. A primeira parte de classificação de risco requer que o profissional descreva a situação – queixa do paciente. Ao identificar essa condição, o profissional é levado a uma lista de fluxograma de apresentação que possui discriminadores que permite a determinação da prioridade clínica.

Ao chegar no serviço, o cliente irá retirar sua senha, aguardar para realização do cadastro e somente após será chamado pelo enfermeiro para a classificação de risco.

Pacientes com a classificação vermelho e laranja deverão ser acomodados na sala de urgência. Já os pacientes com a classificação amarelo, verde e azul deverão aguardar na recepção para atendimento médico.

Definições

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO: EMERGÊNCIA: São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato.

CLASSIFICAÇÃO AMARELO: URGENTE: Casos como dor moderada, desmaios, hemorragia controlada, picos de hipertensão, sinais vitais alterados, vômito intenso, são considerados urgentes. Tempo de atendimento alvo: 60 minutos.

CLASSIFICAÇÃO VERDE: POUCO URGENTE: Casos de menor gravidade, que não exigem um atendimento urgente e podem esperar por um tempo maior: febre sem alteração nos sinais vitais; hemorragia sob controle; dores leves; resfriados; viroses. Tempo de atendimento alvo: 120 minutos.

CLASSIFICAÇÃO AZUL: NÃO URGENTE: Consultas de baixa complexidade, pacientes que apresentam sintomas leves, como reclamação de dores, necessidade de medicação por receita médica, troca de sonda ou corte superficial. Tempo de atendimento alvo: 240 minutos.

O Protocolo também dispõe da cor Branca para identificar todos os pacientes com eventos ou situações / queixas não compatíveis com o serviço de urgência como, por exemplo, pacientes admitidos para procedimentos eletivos ou programados, retornos, atestado etc.

Atividades e Fluxo Operacional:

Etapas	Descrição da Atividade	Responsável	Ação
1	Recepção e identificação do paciente	Recepção	Registro e encaminhamento ao acolhimento
2	Acolhimento e escuta qualificada	Enfermeiro	Identificação da queixa principal
3	Avaliação clínica e sinais vitais	Enfermeiro	Aplicação do protocolo

4	Classificação segundo escala de cores	Enfermeiro	Definição da prioridade assistencial
5	Comunicação imediata ao médico (casos críticos)	Enfermagem / Médico	Atendimento emergencial
6	Encaminhamento à área correspondente	Recepção / Enfermagem	Condução conforme prioridade
7	Reavaliação de pacientes em espera	Enfermagem	Atualização da classificação
8	Registro e análise de indicadores	NQSP / Coordenação	Monitoramento e melhoria contínua

7. Resultados esperados e indicadores

Com a aplicação do protocolo, treinamento e capacitação da equipe, espera-se contribuir com a melhoria do atendimento dos pacientes em pronto atendimento, otimização de tempo e recurso no cumprimento da avaliação segura do paciente e intervir no momento chave do cuidado necessário a cada usuário.

Com relação aos indicadores, estabelecemos:

- Tempo médio de espera para atendimento médico conforme categoria de risco.
- Taxa de revisões/reclassificações realizadas durante a espera.
- Índice de adesão ao protocolo (percentual de pacientes triados segundo ACCR).
- Número de eventos adversos em pacientes classificados como não urgentes.
- Satisfação do usuário avaliada por pesquisa estruturada.
- Taxa de mortalidade hospitalar evitável relacionada a atraso na assistência.

Contendo minimamente os seguintes indicadores para gerenciamento do protocolo:

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Cobertura de Classificação de Risco	$(\text{Pacientes classificados} / \text{total de atendimentos}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal

Tempo médio de atendimento por cor	Média do tempo até avaliação médica	≤ 10 min (vermelho) / ≤ 30 min (laranja) / ≤ 60 min (amarelo)	Mensal
Taxa de Reclassificação Adequada	(Reclassificações coerentes / total de reclassificações) × 100	≥ 90%	Trimestral
Ocorrência de eventos adversos durante espera	(Eventos / total de atendimentos) × 100	≤ 1%	Trimestral
Satisfação dos usuários com acolhimento	Pesquisa de satisfação	≥ 90%	Mensal

8.Plano de implantação:

Mês	Etapas	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento do fluxo atual e infraestrutura	Coordenação de Enfermagem / NQSP	Identificar fragilidades
Mês 2	Planejamento	Atualização do protocolo e adequação de sala de acolhimento	Direção Técnica / Coordenação	Protocolo revisado
Mês 3	Capacitação	Treinamento de equipe assistencial e administrativa	NEP / NQSP	Equipe capacitada
Mês 4	Implantação Piloto	Execução em regime de observação	Coordenação / Direção Técnica	Teste operacional
Mês 5	Avaliação e Ajustes	Coleta de dados e revisão de resultados	NQSP / Direção Técnica	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Implantação definitiva e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo validado e institucionalizado

9. Notas importantes

- O protocolo é de uso obrigatório em todas as portas de entrada do HRDJSN.
- Apenas enfermeiros com treinamento reconhecido pelo NEP/ISMS podem realizar a classificação.
- Deve ser realizada reavaliação sempre que houver alteração clínica.
- O protocolo deve ser revisado anualmente pelo NQSP e pela Direção Técnica.
- Casos omissos devem ser deliberados pela Direção Técnica e Comissão de Ética de Enfermagem.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.*

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – Acolhimento com Classificação de Risco.* Brasília, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.077/2014.*

ANVISA. *RDC nº 36/2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.*

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2022.*

SCHULL MJ et al. *Effect of Triage Systems on Emergency Care Efficiency. Ann Emerg Med,* 2011.

2.2.2.2. PROTOCOLOS CLÍNICOS-ASSISTENCIAIS

2.2.2.3. PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os Protocolos Clínicos de Urgência e Emergência do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, sob gestão do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), têm como finalidade estabelecer rotinas assistenciais padronizadas e condutas médicas seguras voltadas ao serviço de Pronto Atendimento (PA). Esses protocolos orientam o manejo clínico e multiprofissional em situações agudas, assegurando a resposta rápida e eficaz às demandas de atendimento às urgências em geral, atenção especializada e observação clínica de até 24 horas, conforme o perfil assistencial do hospital e a regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As condutas descritas abrangem a abordagem inicial do paciente crítico, classificação de risco, estabilização hemodinâmica, intervenções emergenciais e critérios de internação ou alta. A prática médica segue princípios de segurança, ética e integralidade do cuidado, priorizando a linha de cuidado do paciente em risco iminente de morte e a articulação com unidades de referência. A estrutura física e os recursos humanos do serviço de urgência e emergência foram dimensionados conforme as RDCs da ANVISA e orientações do Ministério da Saúde, garantindo a capacidade de resposta para acolhimento, estabilização e observação contínua.

Esses protocolos constituem ferramentas essenciais para a gestão da qualidade assistencial e da segurança do paciente, promovendo a integração entre as equipes médicas, de enfermagem, serviço social, farmácia e apoio diagnóstico, fortalecendo a resolutividade do cuidado e a rastreabilidade das ações. A implementação, monitoramento e revisão periódica seguem o ciclo de melhoria contínua, conforme o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as práticas recomendadas pela ONA Nível 2 e 3.

**PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA****2.2.2.4. PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO – SPA****1.Introdução**

O atendimento de urgência e emergência constitui uma das principais portas de entrada do sistema de saúde e deve seguir fluxos assistenciais padronizados, humanizados e seguros. Este protocolo tem por objetivo orientar a condução dos atendimentos realizados no **Serviço de Pronto Atendimento (SPA)**, compreendendo três modalidades operacionais integradas, conforme citadas em edital (Anexo I e Anexo II):

- **Atendimento às Urgências em Geral**
- **Atendimento de Urgência na Atenção Especializada**
- **Atendimento à Urgência com Observação até 24h**

O documento adota os princípios da **Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.600/2011)** e da **RDC nº 36/2013**, que estabelecem as ações de segurança do paciente, bem como os requisitos da **ONA**, priorizando acolhimento com classificação de risco, integralidade do cuidado e resolutividade.

O atendimento deve garantir o manejo clínico adequado, estabilização do paciente crítico e continuidade da atenção, articulando-se com a regulação médica e demais serviços de retaguarda hospitalar.

2.Revisão de literatura:

As diretrizes da **ABRAMEDE (2023)** e da **Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022)** reforçam que o manejo das urgências deve seguir protocolos clínicos estruturados, garantindo resposta rápida e segura em condições críticas.

Princípios orientadores:

- Atendimento inicial baseado no **protocolo ABCDE de trauma e emergência clínica**;
- Aplicação da **Classificação de Risco** (Manchester, ESI, ou modelo institucional) em até 10 minutos após o acolhimento;
- Utilização de fluxos de atendimento interdisciplinares e sistematizados;
- Manutenção da linha de cuidado e comunicação efetiva com o SAMU, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Internação Hospitalar.

Grau de Recomendação (ABRAMEDE/CFM):

- **Classe I / Evidência A:** Acolhimento com classificação de risco e triagem por profissional treinado;
- **Classe I / Evidência B:** Atendimento em equipe multiprofissional com fluxos integrados;
- **Classe IIa / Evidência B:** Uso de protocolos clínicos específicos por síndrome ou diagnóstico;
- **Classe III / Evidência C:** Internações desnecessárias sem indicação clínica.

A literatura aponta que a padronização e o uso de protocolos reduzem o tempo de espera, mortalidade hospitalar e erros de conduta clínica.

3.Objetivo(s):

- Garantir **atendimento imediato e seguro** aos pacientes com risco potencial à vida ou sofrimento agudo.
- **Padronizar as condutas clínicas** e operacionais do Serviço de Urgência e Emergência.
- Integrar o **acolhimento, estabilização, observação e encaminhamento** dos pacientes de acordo com o grau de gravidade.

- Promover **comunicação efetiva e registro adequado** entre as equipes assistenciais.
- Assegurar a **adesão às normas de segurança do paciente** (RDC nº 36/2013 / ONA).

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

- Salas estruturadas para:
 - **Acolhimento e Classificação de Risco;**
 - **Atendimento de Urgência Clínica e Cirúrgica;**
 - **Sala de Estabilização e Reanimação (SALA VERMELHA);**
 - **Sala de Observação até 24h**, com leitos monitorizados;
 - **Apoio Diagnóstico (Raio X, ECG, exames laboratoriais);**
 - **Farmácia satélite e insumos emergenciais;**
 - **Prontuário eletrônico** com acesso para equipe multiprofissional.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Plantonista / Emergencista	Avaliar, diagnosticar e tratar os pacientes conforme protocolos; decidir internações ou altas; preencher registros e evoluções; acionar especialidades.
Enfermeiro Responsável Técnico	Realizar acolhimento e classificação de risco; coordenar equipe de enfermagem; supervisionar registros e cuidados críticos.
Técnico de Enfermagem	Executar procedimentos e monitorização; administrar medicamentos conforme prescrição; manter ambiente organizado.
Regulação Médica / Recepção	Registrar entrada do paciente, horário e classificação de risco; garantir interface com SAMU e outras unidades.

Equipe de Apoio (Farmácia, Limpeza, Segurança, Laboratório)	Garantir suporte operacional contínuo, higienização e insumos disponíveis.
NQSP / NEP	Supervisionar adesão aos protocolos e indicadores de segurança.

6. Atividades:

6. Atividades – Descrição Operacional

6.1 Atendimento às Urgências em Geral

Etapas	Responsável	Ação
Acolhimento e triagem	Enfermagem	Realizar classificação de risco segundo protocolo institucional (Manchester Adaptado).
Atendimento clínico inicial	Médico	Avaliar queixa principal, realizar exame físico e definir conduta imediata.
Conduta terapêutica	Médico / Enfermagem	Executar terapias farmacológicas e não farmacológicas conforme diagnóstico.
Reavaliação e alta	Médico	Determinar alta com orientações escritas e registro no prontuário.

6.2 Atendimento de Urgência na Atenção Especializada

Etapas	Responsável	Ação
Identificação de necessidade de especialista	Médico Plantonista	Acionar especialidade conforme diagnóstico (ex: ortopedia, cardiologia, cirurgia geral).
Avaliação e parecer especializado	Médico Especialista	Realizar exame e indicar conduta específica; comunicar-se com a equipe de origem.
Conduta e acompanhamento	Equipe multiprofissional	Implementar tratamento e registrar evolução.

6.3 Atendimento à Urgência com Observação até 24h

Etapa	Responsável	Ação
Indicação de observação	Médico	Determinar necessidade de observação clínica por até 24h.
Admissão em leito de observação	Enfermagem	Instalar paciente, iniciar monitorização e registrar sinais vitais periódicos.
Reavaliação	Médico	Realizar reavaliações clínicas a cada 6h ou conforme necessidade.
Alta ou encaminhamento	Médico	Decidir pela alta, transferência ou internação conforme evolução clínica.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Tempo médio de atendimento até classificação de risco	Tempo médio (minutos)	≤ 10 min	Mensal
Percentual de pacientes atendidos dentro do tempo recomendado por risco	$(\text{Pacientes atendidos dentro do tempo} / \text{total de pacientes}) \times 100$	≥ 90%	Mensal
Número de consultas de urgência e emergência realizadas (<i>meta contratual</i>)	Total de atendimentos registrados	Sob demanda	Mensal
Taxa de ocupação da sala de observação 24h	$(\text{Nº de leitos ocupados} / \text{total de leitos disponíveis}) \times 100$	≤ 90%	Mensal
Percentual de eventos adversos notificados e tratados	$(\text{Nº de eventos notificados} / \text{total de atendimentos}) \times 100$	≥ 95% tratados	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Descrição	Responsável
Mês 1	Diagnóstico e Planejamento	Mapeamento dos fluxos de atendimento e identificação de gargalos	Diretoria Técnica / NQSP
Mês 2	Capacitação	Treinamento das equipes em protocolos de urgência, classificação de risco e SBV/ACLS	NEP / Coordenação Médica
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação dos fluxos em 30% dos atendimentos	SPA / NQSP
Mês 4-6	Expansão e Consolidação	Implantação total e monitoramento contínuo	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Revisão dos indicadores e atualização dos fluxos	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

- O atendimento deve priorizar a **segurança do paciente e a humanização**, conforme RDC nº 36/2013 e ONA.
- A equipe deve realizar **registro completo e legível** de todos os atendimentos e condutas.
- Pacientes em **observação acima de 24h** devem ter encaminhamento formal para internação hospitalar.
- O uso de protocolos clínicos específicos (AVC, IAM, Sepsis, PCR, Politrauma, Crise Hipertensiva) deve ser incentivado e revisado periodicamente.
- Todas as salas devem dispor de **kits de parada cardiorrespiratória, oxigenoterapia e equipamentos monitorizados**.

10. Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.048/2002**. Política Nacional de Atenção às Urgências.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.600/2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.077, de 2014**. Regula a atuação médica em emergências.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

ANVISA. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA (ABRAMEDE). **Diretrizes de Boas Práticas em Emergência**. 2023.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação – Hospitais**. 2023.



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

2.2.2.5. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

1.Introdução

O Protocolo Clínico Assistencial Institucional de Acidente Vascular Cerebral (AVC) do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) tem como objetivo padronizar o atendimento ao paciente com suspeita ou diagnóstico de AVC, garantindo resposta rápida, manejo adequado e segurança clínica em todas as fases do cuidado.

O AVC é uma emergência médica de alta complexidade e elevado impacto na morbimortalidade nacional, sendo considerado uma das principais causas de morte e incapacidade funcional no

Brasil. A abordagem precoce e coordenada entre as equipes de pronto atendimento, enfermagem, neurologia e diagnóstico por imagem é determinante para o prognóstico do paciente.

Este protocolo estabelece rotinas assistenciais baseadas em evidências científicas, respeitando os princípios da Segurança do Paciente (RDC nº 36/2013/ANVISA), Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 2.048/2002/MS), Linha de Cuidado do AVC (Portaria GM/MS nº 665/2012), e os requisitos de qualidade preconizados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). *Por não se tratar do perfil clínico da unidade, são realizados os primeiros atendimentos e posterior contrarreferência para o serviço de referência.*

2.Revisão de literatura:

A literatura científica comprova que o **tempo de resposta é o principal determinante do desfecho clínico no AVC isquêmico**. A trombólise endovenosa com alteplase, quando realizada dentro da janela terapêutica (até 4h30 após o início dos sintomas), reduz significativamente o risco de sequelas incapacitantes (Hacke W. et al., *NEJM*, 2008).

O atendimento estruturado em **linha de cuidado**, com protocolos bem definidos, reduz mortalidade, amplia a taxa de trombólise e aumenta a independência funcional após o evento.

Níveis de Evidência:

- **Evidência A:** Implementação de protocolos reduz mortalidade hospitalar (Saver JL et al., *Stroke*, 2013).
- **Evidência B:** Tempo porta-agulha inferior a 60 minutos melhora o desfecho clínico (MS, Linha de Cuidado do AVC, 2012).

Conceitos e definições:

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacitação no mundo.

A rapidez no atendimento, a estruturação de protocolos e a atuação coordenada da equipe multidisciplinar são fundamentais para o prognóstico. As diretrizes da American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) e da World Stroke Organization (WSO) reforçam a importância da abordagem rápida e padronizada ("tempo é cérebro").

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda figura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH).

No caso do AVCI o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região.

O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns são a trombose de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração e intensidade, não levando ao dano tissular irreversível, o déficit neurológico súbito será passageiro, geralmente com duração de poucos minutos, ao que chamamos ataque isquêmico transitório (AIT). Com a persistência da agressão isquêmica surge uma região de infarto cerebral propriamente dito, onde o dano funcional e estrutural é irreversível, e outra funcionalmente comprometida, mas ainda estruturalmente viável e potencialmente recuperável denominada região de penumbra isquêmica. Este conceito de penumbra isquêmica é básico para o entendimento das medidas terapêuticas na fase aguda do AVCI, já que sua preservação é o maior objetivo do tratamento nesta fase e, por essa razão, a agilidade em todas as etapas do atendimento é determinante para o sucesso do tratamento. De fato, as melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido e bem estruturado aos pacientes com AVCI agudo reduz a mortalidade e a morbidade deles. Da mesma forma, a abordagem diagnóstica e terapêutica sistemática e resolutiva aos pacientes com AIT reduz significativamente a ocorrência de AVCI nos mesmos.

O AVCH também pode ser classificado, com base na localização da hemorragia, em hemorragia intraparenquimatosa (HIP) e hemorragia subaracnóide (HSA), também conhecida como hemorragia meníngea. Na HIP, ocorre rápido acúmulo de sangue no interior do parênquima cerebral, levando a destruição da anatomia normal e ao aumento da pressão intracraniana. O sangramento pode se expandir rapidamente, levando a um dano primário, por compressão mecânica do tecido, em minutos a horas. Agravos de natureza secundária podem ocorrer por outros mecanismos, incluindo citotoxicidade, inflamação e edema. Também na HSA, o dano tecidual pode ocorrer pelo efeito mecânico do sangue extravasado, geralmente proveniente de um aneurisma cerebral roto, além de alterações inflamatórias e hipertensão intracraniana.

Os objetivos deste protocolo incluem a rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC, o pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica, o rápido início das medidas

terapêuticas de fase aguda, a implantação de medidas de prevenção secundária e reabilitação, seguindo as diretrizes preconizadas neste documento.

Papeis e responsabilidades

Médico: avaliação neurológica e decisão terapêutica.

Enfermeiro: triagem, monitorização e administração de trombolítico.

Auxiliar/ Técnico de Enfermagem: detecção de sinais de alerta, controle de SSVV, estabelecer acesso venoso, monitorar paciente, atender as solicitações do enfermeiro e médico.

Radiologista: realização imediata de TC.

Técnico de laboratório: priorizar resultados de exames.

Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo: início precoce da reabilitação.

Farmacêutico: controle de medicamentos.

Administração: suporte à equipe.

Diretoria Técnica: monitoramento dos indicadores e eventos

O AVC é definido como uma síndrome neurológica de instalação súbita causada por alteração do fluxo sanguíneo cerebral, podendo ser isquêmico (obstrução) ou hemorrágico (ruptura de vaso). O tempo é fator crítico para o prognóstico, sendo o reconhecimento rápido e o tratamento precoce determinantes para a recuperação.

CrITÉRIOS de Inclusão

Todos os pacientes que responderem SIM ou apresentarem um resultado anormal na triagem e com início dos sintomas em até 6 horas.

Triagem imediata – Identificar sinais de AVC usando **Escala de Cincinnati** - é um instrumento rápido e simples utilizado por equipes pré-hospitalares (SAMU, resgate, UPA, triagem) para reconhecimento precoce do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Baseia-se em três observações clínicas simples derivadas da Escala NIHSS.

Quadro 1 – Escala de Cincinnati

Item Avaliado	Como Testar	Resultado Normal (0)	Resultado Anormal (1)
1. Assimetria Facial (Face)	Peça para o paciente sorrir ou mostrar os dentes.	Ambos os lados se movem igualmente.	Um lado da face não se move ou cai.
2. Fraqueza em Membro Superior (Braço)	Peça para levantar ambos os braços e mantê-los por 10 segundos.	Ambos os braços permanecem levantados.	Um braço cai ou não se move.
3. Alteração na Fala (Speech)	Peça para repetir uma frase simples (ex: 'O céu é azul').	Fala normal e compreensível.	Fala confusa, arrastada, incorreta ou ausente.

Interpretação:

- 1 alteração → probabilidade de AVC ≈ 72%
- 2 alterações → probabilidade ≈ 85%
- 3 alterações → probabilidade > 95%

CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Início dos sintomas há mais de 6 horas

Atendimento Inicial – Pronto Socorro

Triagem positiva para AVC – Escala de Cincinnati

- ✓ Encaminhar paciente para sala de emergência e acomodar cabeceira zero grau
- ✓ Chamar médico plantonista
- ✓ Coletar exames do protocolo
- ✓ Monitorizar paciente
- ✓ Instalar catéter de O₂
- ✓ Puncionar acesso venoso calibroso

- ✓ Avisar setor de imagem quanto ao protocolo de AVC.
- ✓ Médico realizar avaliação conforme Escala de NIHSS

Escala de NIH Stroke Scale (NIHSS)

Instrumento padronizado internacionalmente para avaliação do déficit neurológico em pacientes com suspeita de AVC agudo

Quadro 2 – Escala de NIH Stroke Scale (NIHSS)

Item	Descrição / Comando	Pontuação Possível
1a. Nível de Consciência (LOC)	Avaliar alerta e responsividade.	0 = alerta; 1 = voz; 2 = dor; 3 = sem resposta
1b. Perguntas de Orientação	Perguntar idade e mês atual.	0 = ambas corretas; 1 = uma; 2 = nenhuma
1c. Comando Simples	Abrir/fechar olhos e apertar/soltar a mão	0 = ambos; 1 = um; 2 = nenhum
2. Olhar Conjugado	Movimento ocular horizontal.	0 = normal; 1 = parcial; 2 = desvio fixo
3. Campo Visual	Avaliar quadrantes visuais.	0 = normal; 1 = parcial; 2 = hemianopsia; 3 = cega
4. Paralisia Facial	Mostrar dentes, levantar sobrancelhas.	0 = normal; 1 = leve; 2 = parcial; 3 = completa
5a. Braço Esquerdo	Manter braço 10s (supino)- Paciente em decúbito dorsal com braços estendidos a 45° ou se sentado braços estendidos a 45°, pedir para manter por 10 segundos	0 = sem queda, 1= cai um pouco, mas não toca a cama, 2 = cai, mas oferece resistência, 3 = cai imediatamente, 4 = sem movimentos
5b. Braço Direito	Manter braço 10s (supino)- Paciente em decúbito dorsal com braços estendidos a 45° ou se sentado braços estendidos a 45°, pedir para manter por 10 segundos	0 = sem queda, 1= cai um pouco, mas não toca a cama, 2 = cai, mas oferece resistência, 3 = cai imediatamente, 4 = sem movimentos
6a. Perna Esquerda	Manter perna 5s (decúbito)- Paciente em decúbito dorsal, perna estendida a 30° do leito, pedir para manter por 5 segundos	0 = mantem 5 segundos sem cair, 1=cai depois de 5 segundos, 2=cai antes de 5 segundos, 3= cai imediatamente, 4= sem movimentos
6b. Perna Direita	Manter perna 5s (decúbito)- Paciente em decúbito dorsal, perna estendida a 30° do leito, pedir para manter por 5 segundos	0 = mantem 5 segundos sem cair, 1=cai depois de 5 segundos, 2=cai antes de 5 segundos, 3= cai imediatamente, 4= sem movimentos
7. Ataxia dos Membros	Teste dedo-nariz / calcanhar-jelho.	0 = normal; 1 = um; 2 = dois
8. Sensibilidade	Resposta ao toque/dor.	0 = normal; 1 = leve; 2 = grave
9. Linguagem	Nomear objetos, repetir frases.	0 = normal; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = grave
10. Disartria	Repetir palavras.	0 = normal; 1 = leve; 2 = grave
11. Extinção/Inatenção	Estímulos simultâneos bilateralmente.	0 = normal; 1 = parcial; 2 = completa
Pontuação Total NIHSS	0 = Sem déficit 1–4 = AVC menor 5–15 = AVC moderado 16–20 = AVC moderado a grave 21–42 = AVC grave	

- ✓ **NIHSS maior ou menor que 4 COM afasia e sintomas em até 6h** – Realizar Tomografia Computadorizada sem contraste e esperar laudo para conduta
- ✓ **NIHSS menor que 4 sem afasia e sintomas com mais de 6 horas** – Realizar Tomografia e solicitar internação em UTI.

Tratamento

Quadro 3 – TC X Terapia recomendada

TC SEM hemorragia com ASPECT ≥ 7	COM oclusão de grande vaso	Trombólise rtPA IV 0,9 mg, 10% em bolus e o restante em uma hora, máximo 90 mg NEUROTOINTERVENÇÃO
	SEM Oclusão de grande vaso	Trombólise rtPA IV 0,9 mg, 10% em bolus e o restante em uma hora, máximo 90 mg
TC SEM hemorragia com ASPECT menor que 7		Internação em UTI Meta 180 minutos
TC COM hemorragia		Internação em UTI Meta 180 minutos

Pontos de Atenção:

- ✓ Pacientes que tem indicação de NEUROTOINTERVENÇÃO devem ser transferidos para rede referenciada – Via CORE.
- ✓ Trombolítico intravenoso deve ser realizado em até 60 minutos
- ✓ Trombolítico intra-arterial deve ser realizado em 120 minutos
- ✓ Vagas para UTI devem ser solicitadas via CORE

Trombólise

Critérios necessários para trombólise intravenosa

- ✓ Início dos sintomas até 270 minutos;
- ✓ NIHSS inicial maior que 4 ou afasia presente;
- ✓ TC de crânio sem evidência de hemorragia, sem alterações precoces no território artéria cerebral média e ASPECT ≥ 7 ;
- ✓ Ausência de contraindicação a trombólise;

- ✓ Idade superior a 18 anos.

Critérios para interrupção da trombólise

- ✓ Piora do déficit neurológico ou do nível de consciência, cefaleia súbita, náuseas ou vômitos. Se for durante a infusão, descontinuar rtPA.
- ✓ TC urgente, colher HT, HB, TP, TTPa, plaquetas e fibrinogênio. Se houver hematoma na TC de crânio, indicação de NEUROCIRURGIA.
- ✓ O sangramento pode ser atribuído ao rtPA se ocorrer em 24 a 36 horas após a infusão.
- ✓ Sangramentos em locais de punção venosa e superficiais, tentar compressão mecânica.
- ✓ Sangramentos importantes, descontinuar rtPA.

Critérios de exclusão para trombólise intravenosa

- ✓ Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) > 15 segundos (RNI > 1,5);
- ✓ Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado;
- ✓ AVC isquêmico ou traumatismo crânioencefálico grave nos últimos 3 meses;
- ✓ História pregressa de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
- ✓ TC de crânio com hipodensidade precoce igual ou maior do que um terço do território da artéria cerebral média;
- ✓ PA sistólica ≥ 185 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- ✓ Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- ✓ Déficits neurológicos com NIHSS menor que 4;
- ✓ Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
- ✓ Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
- ✓ Punção arterial em local não compressível na última semana;
- ✓ Coagulopatia com TP prolongado (RNI > 1,5), TTPa elevado, ou plaquetas < 100000/mm³;
- ✓ Glicemia < 50 mg/dl com reversão dos sintomas após correção;
- ✓ Evidência de endocardite ou êmbolo séptico;
- ✓ Gravidez

- ✓ Infarto do miocárdio recente (3 meses);
- ✓ Suspeita clínica de hemorragia subaracnóidea
- ✓ Suspeita de dissecação de aorta.

Contraindicações RELATIVAS para trombólise

- ✓ HAS grave e não controlada;
- ✓ Admissão com PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg;
- ✓ Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou > 10 minutos;
- ✓ Demência ou outras patologias intratáveis;
- ✓ Gravidez ou puerpério;
- ✓ Úlcera péptica ativa;
- ✓ Uso de cocaína;
- ✓ NIHSS maior que 25.

Crítérios para trombólise mecânica

- ✓ Oclusão de artéria carótida interna ou artéria cerebral proximal (M1);
- ✓ Idade maior que 18 anos;
- ✓ NIHSS maior que 6;
- ✓ TC de crânio com ASPECT ≥ 7 ;
- ✓ Início do tratamento em até 6 horas dos sintomas;
- ✓ Ter recebido rtPA intravenoso em até 270 minutos

Procedimentos durante e após trombólise

- ✓ Iniciar infusão de rtPA EV 0,9 mg/kg administrado 10% em bolus em 1 minuto e o restante em 1 hora. Não exceder a dose máxima de 90 mg.
- ✓ Não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico.
- ✓ Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
- ✓ Não passar sonda nasoentérica nas primeiras 24 horas.
- ✓ Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.

- ✓ Não passar sonda vesical. Se for imprescindível o uso da sonda vesical, esperar até, pelo menos, 30 minutos do término da infusão do rtPA.
- ✓ Manter hidratação com soro fisiológico;
- ✓ Monitorizar a pressão arterial a cada 15 minutos, nas duas primeiras horas, e depois a cada 30 minutos até 24 a 36 horas do início do tratamento, mantendo pressão arterial menor 180/105 mmHg.
- ✓ Iniciar profilaxia para TVP (heparina de baixo peso molecular ou enoxaparina) 24 horas após a trombólise.

3.Objetivo(s):

Objetivo Geral

Padronizar o atendimento ao paciente com suspeita de AVC, assegurando abordagem rápida, precisa e segura, desde o acolhimento até o tratamento definitivo e acompanhamento intra-hospitalar.

Objetivos Específicos

- Identificar precocemente os sinais e sintomas de AVC;
- Reduzir o tempo de reconhecimento, diagnóstico e realizar *contrarreferência para o serviço de referência*.
- Garantir atendimento multiprofissional articulado;
- Assegurar adequada comunicação entre pronto atendimento, imagem, neurologia e UTI;
- Reduzir mortalidade e sequelas decorrentes do AVC.

População-alvo: pacientes adultos com suspeita clínica de AVC isquêmico ou hemorrágico atendidos no HRDJSN.

Equipe executora: profissionais de enfermagem, corpo clínico, diagnóstico por imagem, UTI e equipe de fisioterapia e reabilitação.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Sala de emergência equipada com monitor multiparamétrico, desfibrilador, oxigênio e acesso a via aérea;
- Acesso imediato a tomografia computadorizada 24h/dia;
- Disponibilidade de protocolo de trombólise e medicações específicas (alteplase);
- Equipamentos para suporte avançado de vida (intubação, ventilação, acesso venoso central);
- Impressos padronizados: ficha de triagem de AVC, checklist porta-agulha, registro de sinais e sintomas, plano de cuidados de enfermagem e protocolo de alta.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro(a):

- Identificar sinais e sintomas de AVC (facial, fala, força, equilíbrio, visão);
- Aplicar o protocolo de Classificação de Risco priorizando atendimento emergencial (vermelho ou laranja);
- Realizar avaliação inicial e mensuração de escala NIHSS;
- Acionar a equipe médica e o serviço de imagem;
- Garantir via venosa calibrosa, controle pressórico e glicêmico;
- Registrar horários e evolução clínica no prontuário.

Técnico(a) de Enfermagem:

- Apoiar o enfermeiro na avaliação inicial e nos cuidados diretos;
- Auxiliar na coleta de exames laboratoriais e monitoramento contínuo.

Médico(a) do Pronto Atendimento:

- Avaliar o paciente imediatamente após o acionamento;
- Solicitar e interpretar tomografia de crânio sem contraste;
- Definir diagnóstico diferencial e elegibilidade para trombólise;
- Iniciar tratamento conforme protocolo (trombólise, controle pressórico, suporte clínico);
- Acionar equipe de neurologia e registrar hora do evento e condutas.

Neurologista / Médico Regulador:

- Confirmar diagnóstico e avaliar risco/benefício do tratamento;
- Supervisionar conduta terapêutica e **indicar transferência**, se necessário.

Serviço de Imagem:

- Priorizar a realização e entrega de resultados da TC craniana em até 25 minutos após a solicitação;

Fisioterapia / Fonoaudiologia / Terapia Ocupacional:

- Iniciar plano precoce de reabilitação pós-evento;
- Avaliar risco de broncoaspiração e funcionalidade.

NQSP / Direção Técnica:

- Monitorar tempo-resposta e adesão ao protocolo;
- Promover auditoria de casos e melhorias contínuas.

6. Atividades:

Etapas	Descrição da Atividade	Responsável	Tempo-alvo
1	Identificação de sinais de AVC no acolhimento	Enfermagem / Recepção	Imediato
2	Classificação de risco e priorização vermelha	Enfermeiro	5 minutos
3	Avaliação médica inicial	Médico PA	Até 10 minutos
4	Solicitação e realização da tomografia de crânio	Médico / Imagem	Até 25 minutos
5	Interpretação da imagem e decisão terapêutica	Médico / Neurologista	Até 40 minutos
6	<i>Realizar contrarreferência para o serviço de referência.</i>	Médico /	Até 40 minutos

7	Monitoramento intensivo e suporte clínico	Enfermagem / UTI	Contínuo
8	Encaminhamento à UTI ou enfermagem de AVC	Coordenação / Regulação	Conforme avaliação clínica
9	Início de reabilitação multiprofissional	Fisioterapia / Fono / TO	24 a 48h após estabilização

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Percentual de pacientes com AVC atendidos dentro da linha de cuidado	$(\text{Pacientes com protocolo completo} / \text{total de AVC}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Mortalidade hospitalar por AVC	$(\text{Óbitos} / \text{total de internações por AVC}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral
Tempo médio de realização da tomografia	Média em minutos	≤ 25 min	Mensal
Tempo médio de realização de transferência	Média em horas	$\leq 2h$	Mensal

8.Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado

Mês 1	Diagnóstico Situacional	Avaliação dos fluxos de urgência e capacidade de resposta	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo institucional	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo aprovado
Mês 3	Treinamento	Capacitação de toda equipe assistencial (PA, imagem, UTI)	NEP / NQSP	Equipe treinada
Mês 4	Implantação Piloto	Teste do protocolo com auditoria de tempo-resposta	Direção Técnica / NQSP	Ajustes operacionais
Mês 5	Monitoramento	Avaliação dos indicadores e adequação de fluxos	NQSP / Coordenação Médica	Resultados positivos
Mês 6	Consolidação	Implementação definitiva e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo institucionalizado

9. Notas importantes

- Todo paciente com suspeita de AVC deve ser tratado como **emergência médica absoluta**;
- O registro de **hora do início dos sintomas** é obrigatório;
- A **janela terapêutica de 4h30** deve ser rigorosamente respeitada;
- A comunicação entre os setores deve ocorrer via canal rápido (telefone direto / rádio interno);
- Reavaliações e revisões do protocolo devem ocorrer anualmente ou quando houver atualização das diretrizes nacionais;
- Casos omissos serão deliberados pela Direção Técnica e Comissão de Ética Médica.

10. Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral.*

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.*
- ANVISA. *RDC nº 36/2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.*
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2022.*
- HACKE W. et al. *Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med*, 2008.
- SAVER JL et al. *Time to Treatment with Intravenous tPA and Outcome in Stroke. Stroke*, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREbroVASCULARES. *Diretrizes para Manejo do AVC Isquêmico Agudo. 2022.*
- 1.AHA/ASA. *Guidelines for Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke*, 2019.
- World Stroke Organization. *Global Stroke Guidelines and Action Plan*, 2016.
- Malik A. et al. *Systematic Review of Global Stroke Guidelines*, BMJ Open, 2023.
- Canadian Stroke Best Practices, 2022.
- Leite F. et al. *Contemporary Management of Acute Ischemic Stroke*, Annual Review of Medicine, 2025.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL –
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)****2.2.2.6. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL –
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)**

(ADAPTADO AO PERFIL DA UNIDADE SEM SERVIÇO DE HEMODINÂMICA)

1.Introdução

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, enquanto unidade hospitalar de atenção especializada em média complexidade, desempenha papel essencial na **estabilização e encaminhamento seguro** de pacientes com suspeita ou confirmação de **Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**, até a unidade de referência em cardiologia e hemodinâmica.

Este protocolo institucional visa **padronizar o atendimento inicial**, promover o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do IAM, assegurar **estabilização clínica imediata**, e garantir **referência segura e regulada** para continuidade do tratamento definitivo em unidades de alta complexidade.

A atuação segue os princípios da **Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 2.048/2002/MS)**, da **RDC 36/2013 (Segurança do Paciente)** e do **Manual Brasileiro de Acreditação da ONA**, integrando as ações do **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)** e do **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**.

2.Revisão de literatura:

O reconhecimento precoce e a resposta organizada diante de sintomas sugestivos de IAM são determinantes para a redução da mortalidade. Em locais sem suporte de hemodinâmica, a conduta deve priorizar:

1. **Identificação rápida do quadro clínico (dor torácica típica);**
2. **Realização imediata de ECG;**
3. **Administração das medicações iniciais;**
4. **Estabilização hemodinâmica e ventilatória;**
5. **Contato imediato com o serviço de referência** para remoção assistida e segura.

A literatura comprova que fluxos de **pré-hospitalar e inter-hospitalar integrados** reduzem o tempo de reperfusão e os eventos adversos.

Evidência A: A aplicação de protocolos clínicos integrados reduz em até 25% a mortalidade cardiovascular (SBC, 2021).

Evidência B: O tempo porta-ECG inferior a 10 minutos é preditor de desfecho favorável (O'Gara PT et al., *Circulation*, 2013).

3.Objetivo(s):

Objetivo Geral

Garantir o reconhecimento precoce, estabilização inicial e encaminhamento adequado do paciente com suspeita de IAM ao serviço de referência cardiovascular, assegurando a continuidade do cuidado com segurança e rastreabilidade.

Objetivos Específicos

- Identificar precocemente pacientes com dor torácica e sintomas correlatos;
- Realizar ECG e avaliação médica imediata;
- Adotar medidas de estabilização clínica (oxigênio, analgesia, antiagregação e anticoagulação inicial);
- Acionar o NIR para regulação e transporte assistido ao serviço de referência;
- Garantir contrarreferência formal para acompanhamento pós-alta.

População-alvo: pacientes adultos com suspeita clínica de IAM atendidos no Pronto Atendimento do HRDJSN.

Equipe executora: profissionais da enfermagem, corpo clínico, diagnóstico e regulação, sob coordenação da Direção Técnica e do NQSP.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

- Sala de emergência com monitor multiparamétrico, desfibrilador, oxigênio e acesso venoso;
- ECG disponível e operante 24h;
- Carrinho de emergência com medicações padronizadas (AAS, clopidogrel, nitrato, heparina, morfina, oxigênio);
- Material para suporte básico e avançado de vida;
- Comunicação direta com NIR e Central de Regulação Estadual;
- Impressos: ficha IAM, checklist de primeiros atendimentos, registro de estabilização e formulário de referência/contrarreferência.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro(a):

- Realizar acolhimento, classificação de risco e ECG imediato;
- Iniciar monitorização cardíaca e oximetria contínua;
- Garantir via venosa e preparar medicações iniciais conforme prescrição médica;
- Registrar horários de chegada, ECG e condutas executadas;
- Manter comunicação com NIR e equipe médica sobre o quadro clínico.

Técnico(a) de Enfermagem:

- Auxiliar na monitorização e cuidados diretos;
- Apoiar na coleta de exames e na preparação do paciente para transferência.

Médico(a) do Pronto Atendimento:

- Avaliar imediatamente o paciente após o ECG;
- Confirmar ou descartar suspeita de IAM (IAMCSST/IAMSST);
- Instituir medidas iniciais:
 - Oxigênio (se $\text{SatO}_2 < 94\%$);
 - AAS 300 mg VO (mastigar);
 - Clopidogrel 300 mg VO;
 - Heparina 5.000 UI EV;
 - Controle da dor com morfina, se necessário;
- Solicitar exames laboratoriais iniciais;
- Acionar o NIR e a Regulação Estadual para transferência assistida.

NIR / Regulação:

- Acionar serviço de referência em cardiologia/hemodinâmica;
- Garantir transporte assistido com suporte avançado, conforme necessidade;
- Registrar todos os contatos e horários de acionamento.

Serviço Social:

- Apoiar na comunicação com familiares e garantir informações sobre a transferência.

NQSP / Direção Técnica:

- Acompanhar indicadores de tempo de resposta e adequação das condutas;
- Promover auditorias e revisões do protocolo.

6. Atividades:

Etapas	Atividade	Responsável	Tempo-Alvo
1	Acolhimento e identificação da dor torácica	Recepção / Enfermagem	Imediato
2	Classificação de risco e ECG	Enfermeiro	≤ 10 min

3	Avaliação médica e diagnóstico inicial	Médico	≤ 15 min
4	Administração das medicações iniciais	Médico / Enfermagem	≤ 20 min
5	Estabilização hemodinâmica e monitorização	Enfermagem / Médico	Contínuo
6	Comunicação com Regulação e solicitação de vaga	Médico / NIR	≤ 30 min
7	Preparação e transferência assistida	Enfermagem / Transporte	Conforme liberação
8	Envio de documentação completa de referência	Médico / NIR	No momento da transferência
9	Recebimento de contrarreferência	NIR / NQSP	Pós-transferência

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Tempo médio porta-ECG	Média entre chegada e realização de ECG	≤ 10 min	Mensal
Tempo porta-medicação	Média entre chegada e início do tratamento inicial	≤ 20 min	Mensal
Percentual de transferências com ficha de referência completa	$(\text{Transferências com formulário completo} / \text{total de transferências}) \times 100$	≥ 95%	Trimestral
Tempo médio de acionamento da regulação	Média entre diagnóstico e contato com referência	≤ 30 min	Mensal
Percentual de contrarreferências recebidas	$(\text{Contrarreferências recebidas} / \text{total de transferências}) \times 100$	≥ 80%	Trimestral

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico	Levantamento da estrutura e do fluxo atual	NQSP / Direção Técnica	Identificação de fragilidades
Mês 2	Planejamento	Adequação do protocolo e treinamento	NEP / NQSP	Equipe capacitada
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação inicial com auditoria	Direção Técnica / NQSP	Ajustes operacionais
Mês 4	Integração	Comunicação formal com rede de referência	NIR / Regulação	Integração garantida
Mês 5	Avaliação	Monitoramento dos tempos e indicadores	NQSP / NEP	Avaliação de desempenho
Mês 6	Consolidação	Revisão e institucionalização	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9. Notas importantes

- O HRDJSN **não possui serviço de hemodinâmica**, devendo atuar como **unidade de estabilização e referência secundária**;
- Todo caso suspeito de IAM deve ter **ECG, AAS e monitorização imediata**;
- O transporte deve ser **assistido**, com suporte ventilatório e desfibrilador disponível;
- A **referência deve ocorrer preferencialmente para unidade habilitada pelo SUS em cardiologia/hemodinâmica**;
- O **formulário de contrarreferência** deve ser arquivado pelo NIR e encaminhado ao NQSP para auditoria.

10. Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado das Doenças Cardiovasculares – IAM e Síndromes Coronarianas Agudas*. Brasília, 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz de Síndromes Coronarianas Agudas*. 2021.

- ANVISA. RDC nº 36/2013 – *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2022*.
- O’GARA PT et al. *Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation*, 2013.

**PROTOCOLO DE SEPSE PEDIÁTRICA****2.2.2.7. PROTOCOLO DE SEPSE PEDIÁTRICA****1.Introdução**

A sepse pediátrica é uma síndrome clínica grave resultante de resposta desregulada do organismo à infecção, levando à disfunção orgânica.

É considerada uma emergência médica, e o manejo rápido é essencial para a sobrevivência do paciente.

O Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS) recomenda a implantação de protocolos clínicos com fluxos bem definidos que assegurem o diagnóstico precoce,

o início da antibioticoterapia em até uma hora após a suspeita e a adequada reposição volêmica.

O reconhecimento e tratamento imediatos são determinantes para a redução da mortalidade infantil.

2.Revisão de literatura:

Sepse pediátrica é definida como uma resposta desregulada do organismo a uma infecção suspeita ou confirmada, associada à disfunção orgânica. Trata-se de uma condição grave que pode evoluir rapidamente para choque séptico e falência múltipla de órgãos, exigindo intervenção imediata.

O Escore de Sepse de Phoenix desenvolveu uma avaliação internacional com revisão sistemática analisando mais de 3 milhões de casos de crianças com infecção.

O termo SIRS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) NÃO deve ser mais utilizado para diagnóstico de sepse. O critério antigo, baseado na SIRS, NÃO deve ser utilizado.

O termo anterior “sepse grave” NÃO deve mais ser usado, pois sepse é uma condição de disfunção orgânica ameaçadora da vida com infecção e isso indica a gravidade do quadro, sendo, portanto, redundante.

O termo Phoenix foi utilizado porque os critérios foram elaborados durante o Congresso da Society of Critical Care Medicine de 2024 que ocorreu em Phoenix, Arizona-EUA.

Os critérios aplicam-se a menores de 18 anos e não se aplicam a recém-nascido (RN) com idade gestacional inferior a 37 semanas.

O novo escore é composto por um modelo de quatro sistemas orgânicos (cardiovascular, respiratório, neurológico e coagulação).

Infecção: é definida como uma infecção suspeita ou comprovada causada por qualquer patógeno. As infecções podem ser comprovadas por cultura positiva, coloração de tecido, teste de reação em cadeia da polimerase ou outro teste diagnóstico.

Sepse: como disfunção orgânica potencialmente fatal no contexto de uma infecção suspeita ou confirmada, operacionalizada por meio de uma pontuação no Escore de Sepse de Phoenix de pelo menos 2 pontos, também conhecido como Pediatric Sequential Score – PSS.

Choque séptico representa um subconjunto de pacientes com sepse e disfunção cardiovascular, associado a uma maior taxa de mortalidade.

Disfunção orgânica remota e choque séptico associam-se a aumento significativo da mortalidade.

3.Objetivo(s):

Este protocolo tem como objetivo padronizar a identificação precoce, a investigação diagnóstica, a conduta terapêutica e as medidas de prevenção da sepse, garantindo maior segurança do paciente, racionalização do uso de antimicrobianos e alinhamento às recomendações nacionais e internacionais.

O protocolo de sepse pediátrico deve ser aberto para crianças com suspeita de infecção, sepse e choque séptico alocadas no pronto-socorro, unidade de internação pediátrica e UTI pediátrica que atendam aos critérios descritos

4.Recursos físicos e materiais

- ✓ Equipamentos: monitorização (ECG, PA, SpO₂), bomba de infusão, balança, termômetro, medidor de lactato (se disponível).
- ✓ Insumos de laboratório: hemograma, ureia/creatinina, eletrólitos, coagulograma, PCR, lactato, gasometria arterial, culturas (hemocultura, outros conforme foco).
- ✓ Materiais de coleta e cultura: flaconetes, seringas, meios de cultura, kits de hemocultura.
- ✓ Medicamentos: antimicrobianos de amplo espectro, vasopressores, sedativos, fluidos (cristaloides isotônicos)
- ✓ Insumos para suporte hemodinâmico pediátrico (cateter venoso central, monitoragem invasiva, se disponível).
- ✓ Protocolos e checklists impressos ou digitalizados documentando “pacotes de intervenção em 1 h / 3 h / 6 h” conforme diretriz.
- ✓ Kits de atendimento pediátrico

5. Atribuições de cada categoria profissional

Médico Pediatra/Intensivista: reconhecer sinais clínicos de sepse, solicitar exames, iniciar antibioticoterapia e coordenar o cuidado multiprofissional.

Enfermeiro: triagem rápida, aplicação de protocolos de alerta, administração de antibióticos e monitoramento de sinais vitais.

Técnico de Enfermagem: coleta de exames, instalação de acessos venosos e registro em prontuário.

Fisioterapeuta: manejo ventilatório e otimização da oxigenação tecidual.

Farmacêutico: conferência e dispensação rápida de antibióticos.

Laboratorista: execução prioritária dos exames de sepse.

Equipe de apoio: garantir o fluxo de transporte e comunicação entre os setores.

6. Atividades:

Sepse: infecção suspeita ou confirmada + sinais de disfunção orgânica.

Choque séptico: sepsse + disfunção cardiovascular persistente (hipotensão, necessidade de drogas vasoativas ou perfusão inadequada não corrigida após reposição volêmica).

O diagnóstico precoce é essencial para iniciar medidas terapêuticas imediatas e reduzir morbimortalidade.

6.1 Critérios de inclusão

- ✓ Crianças e adolescentes (29 dias a 18 anos) com suspeita de infecção e disfunção orgânica associada (alteração neurológica, respiratória, cardiovascular, renal, hematológica ou hepática).
- ✓ Presença de dois ou mais critérios de resposta inflamatória sistêmica (SIRS).

6.2 Critérios de exclusão

- ✓ Pacientes com diagnóstico confirmado de outra patologia não infecciosa sem disfunção orgânica.
- ✓ Pacientes em cuidados paliativos sem indicação de medidas invasivas.
- ✓ Pacientes neonatal até 28 dias.
- ✓ Paciente encaminhado de outro serviço com diagnóstico de sepsse/choque séptico

6.3 Identificação precoce

A identificação precoce é fundamental para o desfecho clínico. A equipe de enfermagem é responsável por identificar os sinais vitais alterados e comunicar o enfermeiro de plantão, que deverá proceder com a avaliação e triagem com protocolo de alerta para febre > 38,5°C, taquicardia, taquipneia e alteração do estado mental.

Quadro 1: Tabela com gatilhos por idade usados na triagem de sepsse pediátrica no Brasil

Faixa etária	FC (bpm)	Leucócitos (*10 ³ /mm ³)	FR (irpm)	Temperatura (°C)	PAS (mmHg)
29 dias a 1 ano	> 190 ou < 90	> 17,5 ou < 5,0	> 60	> 38,5 ou < 36	< 70
2 a 5 anos	> 140	> 15,5 ou < 6,0	> 40	> 38,5 ou < 36	< 70 + (idade em anos × 2)
6 a 12 anos	> 140	> 13,5 ou < 4,5	> 30	> 38,5 ou < 36	< 70 + (idade em anos × 2)
13 a 18 anos	> 100	> 11,0 ou < 4,5	> 16	> 38,5 ou < 36	< 90

Fonte: Ficha oficial do ILAS (revisão jan/2019)

O diagnóstico de sepse pediátrica é clínico e deve ser estabelecido rapidamente, considerando o risco de progressão para choque séptico e falência de múltiplos órgãos. Ele envolve a avaliação de sinais clínicos, exames laboratoriais e, quando necessário, exames complementares.

Quadro 2 – Recursos para avaliação diagnóstica

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	
Avaliação Clínica	Presença de infecção suspeita ou confirmada. Sinais de disfunção orgânica, que podem incluir: Alterações na consciência. Hipotensão arterial Perfusão periférica inadequada (mãos e pés frios, extremidades pálidas). Oligúria ou anúria. Dificuldade respiratória ou necessidade de suporte ventilatório. Taquicardia ou bradicardia.
Exames Laboratoriais	Hemograma completo (leucocitose, leucopenia, neutropenia) Marcadores inflamatórios (PCR, procalcitonina) Função renal (uréia e creatinina) e eletrólitos Gasometria arterial ou venosa Lactato sérico Hemoculturas (2 sítios distintos) Culturas de sítios suspeitos de infecção
Exames complementares (conforme indicação de sítio de infecção)	Radiografia de tórax Ultrassonografia Tomografia
Crítérios de Sépse Pediátrica	Sepse: infecção suspeita ou confirmada + sinais de disfunção orgânica Choque séptico: sepse + disfunção cardiovascular persistente (hipotensão, necessidade de drogas vasoativas ou perfusão inadequada após reposição volêmica)

Atenção: **SEPSE suspeita/ confirmada** – abre o protocolo e institui o “pacote de 1 hora”

1. Monitorização, ofertar oxigênio, Obtenção de acesso venoso periférico ou intraósseo,
2. Coletar exames: Gasometria e Lactato (arterial ou venoso), Glicemia, Cálcio iônico, Na / K, Creatinina, HMG completo, PCR, HMC e culturas direcionadas ao foco infeccioso.
3. Paciente com cateter: HMC central e periférica. Coagulograma, TGO/TGP, BTF, Ureia
4. Antibióticoterapia empírico em até 1 hora

6.4 Alvo terapêutico na 1ª hora

Quadro 3 – Alvo terapêutico

Tempo de enchimento capilar	< 2 seg
Pressão Arterial Sistólica	Normal para a faixa etária
Avaliação do pulso	Ausência de diferença entre pulso central e periférico
Presença de diurese	> 1 ml/k/h
Extremidades	Aquecidas
Estado neurológico	Normal
Saturação venosa Central *	SvcO ₂ > 70%
Índice Cardíaco *	3,3 – 6,0 L/min/m ²
Pressão de perfusão *	Normal para a faixa etária

* Se estiver com cateter venoso central ou monitorização invasiva

A. Monitorização

Na admissão do paciente séptico, é recomendado a monitorização hemodinâmica básica (oximetria de pulso contínua, ECG contínuo, medida da PA não invasiva de 15/15 minutos, monitorização da temperatura e do débito urinário) e classificação de deteriorização (PEWS)

1. Oximetria de pulso contínua
2. Monitorização cardíaca: ECG contínuo
3. Controle de pressão arterial (PA) 15/15min
4. Monitorização de temperatura
5. Monitorização de débito urinário (h/h) por sonda vesical
6. Ecocardiograma funcional, se disponível.

B. Oxigenação

Com objetivo de manter a saturação de oxigênio > 92%, uma vez feita a hipótese diagnóstica de sepse, deve ser iniciada a oferta de oxigênio, por meio de máscara não reinalante, e se necessário (desconforto respiratório e hipoxemia) e disponível, CPAP ou cânula nasal de alto fluxo de oxigênio (High flow). A intubação precoce pode se fazer necessária, pois as crianças possuem capacidade residual funcional baixa. Atenção às drogas sedativas e analgésicas utilizadas para intubação das crianças com sepse, uma vez que algumas delas podem levar à deterioração hemodinâmica.

C. Acesso Venoso

Dois acessos venosos periféricos e/ou intraósseo imediatamente para ressuscitação volêmica e administração inicial de inotrópicos, caso necessário, visando estabilização inicial da criança até a passagem de acesso venoso central (se necessário).

D. Coleta de exames iniciais

Acionar o Laboratório com PROTOCOLO SEPSE, de forma a garantir atendimento diferenciado pelo laboratório e o acionamento do resultado crítico caso se faça necessário. Exames que evidenciem as possíveis disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina, coagulograma, fibrinogênio, D- dímero, hemoculturas e culturas de sítios suspeitos. Outra 1a hora, fica a critério do médico a coleta de exames: ureia, troponina, glicemia, NA/K, cálcio iônico, TGO/TGP, alguns fazem parte dos escores de gravidade.

E. Antimicrobiano

Tem que ser realizado dentro da primeira hora e de preferência direcionado ao sítio infeccioso, segundo as orientações do serviço de infecção.

Entregue a prescrição ao enfermeiro responsável, que tem 30 minutos para administrar a medicação. Não deve ser retardar para a coleta das culturas.

F. Ressuscitação Volêmica

O volume inicial para reanimação exige 40 a 60mL/kg ou mais durante as primeiras horas de tratamento. Em bolus de 20 mL/kg em 5 a 10 minutos nos pacientes com sepse grave e choque séptico. Após cada alíquota de volume reavaliar sinais de hipoperfusão e atentar para os sinais de sobrecarga volêmica (estertores pulmonares, ritmo de galope e hepatomegalia). Pacientes refratários a fluidos, ou seja, sem melhora ou que evoluem com piora, apesar da ressuscitação

40 a 60 mL/kg de fluido, requerem terapia vasoativa; A cada bolus o paciente deve ser reavaliado e o médico deve estar atento aos sinais de descompensação cardíaca.

G. Terapia Inotrópica e Vasopressores

A necessidade deve ser identificada e a administração iniciada nos primeiros 60 minutos da reanimação;

✓ O início da terapia vasoativa está indicado para pacientes que permanecem com evidência de disfunção circulatória mesmo após 40 a 60 ml/kg de ressuscitação com fluido cristalóide, podendo iniciar a infusão por via periférica até que o acesso central seja obtido. Epinefrina é usada em pacientes com sinais de disfunção miocárdica. Norepinefrina é usada em pacientes com sinais de baixa resistência vascular sistêmica ou vasodilatação;

Tanto a Epinefrina quanto a Norepinefrina são preferidas à dopamine, em pacientes não respondedores à ressuscitação com fluidos e infusão de Epinefrina em baixas doses, considerar agentes vasodilatadores (Dobutamina ou Milrinona).

H. Corticosteroide

Fator de risco para Insuficiência Adrenal: crianças com púrpura fulminans, Síndrome de Waterhouse-Friderichsen, doença hipofisária previamente conhecida e crianças que utilizam de forma crônica corticosteroides.

Choque resistente a Vasopressor: Noradrenalina ou Adrenalina em dose crescente (>0,6 g/kg/min).

Quadro 4 – Esquema sugerido de Hidrocortisona

Ataque: (50 a 100 mg/m²/dia ou aproximadamente 2 a 4 mg/kg/dia, dose máxima 200 mg/dia

Dose de adolescente: 50 mg 6/6 hrs **Dose em adultos:** 200mg/dia contínuo **DURAÇÃO:** 5 dias

Manter > 5 dias se: Paciente ainda com vasopressor (até suspensão do mesmo) Procedimento cirúrgico programado (iniciar desmame após 24hs do mesmo) **DESMAME:** Iniciar após pelo menos 24hs da suspensão do vasopressor.

Diminuição gradual: D1: 25mg/m² D2: 12,5mg/m² D3: suspende

6.5 Alvo Terapêutico após 1ª hora

A. Monitorização

- ✓ Pressão arterial invasiva (PAI) através da cateterização arterial
- ✓ Pressão venosa central (PVC) através da cateterização venosa central
- ✓ Saturação venosa central de oxigênio (SvcO2) seriada ou contínua da SvcO2
- ✓ Ecocardiograma funcional – avaliação do débito cardíaco e complacência da veia cava inferior
- ✓ Monitorização da pressão de perfusão (PP= PAM – PVC ou PAM – PIA)

QUADRO 5 – Cálculo: PP = PAM – PVC (cmH20)

Classificação	PP
≤ 1ano	60
≤ 2 anos	65
≤ 7 anos	65
15 anos Adolescente e adultos jovem	65

B. Exames Laboratoriais

Coleta de exames que auxiliem na avaliação do status perfusional e presença de novas disfunções orgânicas.

C. Perfil hemodinâmico

Crianças podem apresentar rápidas mudanças no perfil hemodinâmico do choque durante as primeiras 48 horas. Dessa forma, terapia inotrópica ou vasopressora deve ser iniciada de acordo com o perfil hemodinâmico do choque no momento da avaliação.

D. Corticosteroide

Fator de risco para Insuficiência Adrenal: crianças com púrpura fulminans, Síndrome de Waterhouse-Friderichsen, doença hipofisária previamente conhecida e crianças que utilizam de forma crônica corticosteroides. Choque resistente a Vasopressor: Noradrenalina ou Adrenalina em dose crescente ($>0,6$ g/kg/min).

Quadro 4 - ESQUEMA SUGERIDO: Hidrocortisona após 1ª hora

Ataque: 10mg/kg (máximo 200mg/dose)

Manutenção: 50mg/m²/dia EV 6/6hs (equivale a 2,5mg/kg/dia)

Dose de adolescente: 50 mg 6/6 hrs

Dose em adultos: 200mg/dia contínuo

DURAÇÃO: 5 dias

Manter > 5 dias se: Paciente ainda com vasopressor (até suspensão do mesmo)

Procedimento cirúrgico programado (iniciar desmame após 24hs do mesmo)

E. Outras recomendações

Na persistência do quadro pesquisar: presença de efusão pericárdica, pneumotórax, hipoadrenalismo, hipotireoidismo, hemorragia, aumento da pressão intra-abdominal, presença de tecido necrótico, fonte inapropriada do controle da infecção, uso excessivo de imunossupressores ou comprometimento imunológico.

F. Hemoderivados

Durante a fase de ressuscitação, em pacientes com SvcO₂ $< 70\%$, o alvo de Hb deve ser de 10 g/dL. Após estabilização, o alvo deve ser uma Hb > 7 g/dL.

G. Ventilação mecânica

É recomendado a utilização de estratégia protetora pulmonar

H. Correção de Distúrbios hidroeletrólíticos

Nos pacientes sépticos é importante manter a homeostase metabólica e hormonal. Nesse sentido, a correção da hipoglicemia e da hipocalcemia devem ser priorizadas na primeira hora

de tratamento, uma vez que a manutenção desses distúrbios contribui significativamente para a disfunção miocárdica e a resposta insatisfatória às medidas de ressuscitação.

I. Diurético e Terapia renal substitutiva

Recomenda-se a utilização de diuréticos para reverter sobrecarga hídrica nas crianças com choque séptico após a fase inicial de ressuscitação, quando a criança estiver estável. Nesses pacientes (ganho maior que 10% do peso corporal), avaliar a necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise.

6.6 - MARCADORES

Marcadores e Indicadores da Sepses Pediátrica

Os marcadores e são ferramentas importantes para avaliar gravidade, monitorar evolução e orientar decisões terapêuticas em pacientes pediátricos com sepse e o monitoramento permite ajustar condutas clínicas e terapêuticas

Marcadores Laboratoriais

- ✓ Proteína C-reativa (PCR): elevada em resposta inflamatória; útil para monitoramento, mas não específica.
- ✓ Procalcitonina (PCT): tende a se elevar em infecções bacterianas graves; auxilia na estratificação de risco.
- ✓ Lactato sérico: indicador de hipoperfusão tecidual; níveis elevados correlacionam-se com maior gravidade.
- ✓ Hemograma: leucocitose ou leucopenia, neutropenia ou desvio à esquerda.
- ✓ Função renal e hepática: creatinina, ureia, bilirrubinas e enzimas hepáticas podem indicar disfunção orgânica.
- ✓ Coagulograma: alterações podem sinalizar coagulação intravascular disseminada (CIVD).

Marcadores Clínicos

- ✓ **Sinais vitais:** frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura.

- ✓ **Perfusão periférica:** tempo de enchimento capilar >3 segundos, extremidades frias ou cianóticas.
- ✓ **Alteração do estado neurológico:** letargia, irritabilidade, confusão mental.
- ✓ **Débito urinário:** oligúria (<1 mL/kg/h) ou anúria.

Marcadores de Resposta ao Tratamento

- ✓ Normalização progressiva dos sinais vitais e perfusão.
- ✓ Redução gradual dos níveis de lactato e marcadores inflamatórios.
- ✓ Recuperação da função orgânica comprometida.

7.Resultados esperados e indicadores

7.1 Resultados esperados

- ✓ Redução da mortalidade e morbidade associadas à sepse pediátrica.
- ✓ Melhoria no tempo porta-antibiótico e porta-fluido.
- ✓ Aumento da adesão institucional ao protocolo ILAS.
- ✓ Monitoramento de indicadores de qualidade e desfecho clínico favorável

7.2 Indicadores

- ✓ Tempo porta-antibiótico: intervalo entre reconhecimento da sepse e início da antibioticoterapia (meta: ≤ 1 hora);
- ✓ Mortalidade hospitalar por sepse e choque séptico;
- ✓ Tempo de permanência hospitalar e em UTI;
- ✓ Taxa de adesão ao *Bundle* da 1ª hora da sepse.

8.Plano de implantação:

Etapa 1: Sensibilização e Capacitação (Nov–Dez/2025).

Etapa 2: Padronização de Impressos (Dez/2025).

Etapa 3: Implantação (Jan /2026).

9. Notas importantes

- ✓ O tempo é um fator crítico: iniciar o tratamento dentro da primeira hora salva vidas.
- ✓ Pacientes internados na pediatria com suspeita de sepse, deve ser acionado o Protocolo de Deterioração Clínica.
- ✓ O protocolo deve ser revisado anualmente conforme atualizações do ILAS.
- ✓ Manter comunicação efetiva entre emergência, laboratório, farmácia e UTI.
- ✓ Em caso de não confirmar a suspeita de SEPSE o protocolo deverá ser fechado.

10. Referências

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diretrizes para novas definições de sepse e choque séptico em pediatria – 2024: Phoenix Sepsis Score. Rio de Janeiro: SBP; 2024. 6 p.

Campanha de Sobrevivência a Sepse. Protocolo clínico pediátrico. Atendimento ao paciente pediátrico com sepse, sepse grave e choque séptico. Instituto Latino-Americano de Sepse. Versão 3 - Revisão: fevereiro de 2019.

Nota Técnica referente às novas definições de sepse e choque séptico em pediatria – critérios de sepse de Phoenix. Instituto Latino-Americano de Sepse, 2024 mai.

Fioretto JR. Novas diretrizes do Surviving Sepsis Campaign 2020 para o tratamento da Sepse e Choque Séptico em Pediatria. Documento Científico. Departamento Científico de Terapia Intensiva (2019-2021). Sociedade Brasileira de Pediatria. Nº 6, 12 de fevereiro de 2021.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL – SESPE ADULTO****PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL – SESPE ADULTO****(ADAPTADO ILAS-2025)****1.Introdução**

A sepse é uma condição crítica que resulta de resposta desregulada do hospedeiro à infecção, provocando disfunção orgânica e elevado risco de mortalidade. Conforme o ILAS, a adoção de protocolos gerenciados representa ferramenta central para padronização do atendimento, redução de variabilidade e melhora nos desfechos.

Este protocolo visa orientar o atendimento imediato, em ambiente de urgência/emergência, para pacientes adultos com suspeita ou confirmação de sepse, dentro da unidade SESPE, até o encaminhamento adequado (alta, internação, transferência). Ele está alinhado às recomendações do Programa de Qualidade em Sepse do ILAS, bem como às anteriores diretrizes da Surviving Sepsis Campaign (SSC) que também embasam o ILAS.

Este instrumento se destina a:

- acelerar o reconhecimento da sepse e choque séptico;
- padronizar diagnóstico, avaliação, intervenções iniciais e monitorização;
- definir responsabilidades da equipe multiprofissional;
- garantir registro, continuidade assistencial e melhoria contínua.

2.Revisão de literatura:**Definições e escopo****2.1 Definições segundo ILAS:**

- Infecção: presença suspeita ou confirmada de agente infeccioso, com ou sem resposta inflamatória.
- Seps: infecção associada a disfunção orgânica ameaçadora à vida, resultante de resposta desregulada do hospedeiro.
- Choque séptico: persiste hipotensão que exige vasopressores para manter pressão de perfusão, ou lactato elevado ($>$ valor de referência) mesmo após reposição volêmica adequada.
- **2.2 Critérios de disfunção orgânica (ILAS):**
 - Hipotensão (PAS $<$ 90mmHg ou PAM $<$ 65mmHg ou queda da PA $>$ 40 mmHg)
 - Oligúria ($<$ 0,5 mL/kg/h ou creatinina $>$ 2 mg/dL)
 - Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 <$ 300 ou necessidade de O_2 para manter $\text{SpO}_2 >$ 90%
 - Plaquetas $<$ 100.000/mm³ ou queda $\geq$ 50% em 3 dias
 - Lactato elevado acima do valor de referência
 - Alteração do nível de consciência, delirium, rebaixamento neurológico
 - Bilirrubinas $>$ 2 $\times$ valor de referência.
 -
- **2.3 Escopo de aplicação do protocolo:**

Este protocolo aplica-se a todos os pacientes adultos ($\geq$ 18 anos) admitidos ou atendidos no SESPE com suspeita ou confirmação de infecção e sinais de disfunção orgânica ou choque séptico. Pacientes com cuidados paliativos definidos ou terminalidade clínica devem ter fluxos específicos, e a ativação do protocolo deverá ser registrada separadamente.

3.Objetivo(s):

Objetivo geral: Padronizar o atendimento de pacientes adultos com seps no SESPE, visando reconhecimento precoce, intervenção rápida, estabilização clínica e redução da mortalidade e das sequelas.

Objetivos específicos:

- Realizar triagem e identificar suspeita de sepse em até 10 min após admissão ou chegada ao setor;
- Iniciar intervenções do “pacote de 1 hora” (ILAS) para pacientes com sepse definida;
- Monitorar responsividade e evolução clínica nas primeiras 6 horas;
- Garantir comunicação e encaminhamento adequado da paciente para internação, UTI ou transferência;
- Registrar indicadores de desempenho (tempo de antibioticoterapia, volume de fluido, mortalidade, tempo de internação, eventos adversos) para auditoria e melhoria contínua.

4. Recursos necessários

- Equipe médica, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição, serviço social e apoio multiprofissional com capacitação para sepse;
- Sala ou leito de estabilização com monitor multiparamétrico, acesso venoso central/periférico, suporte ventilatório, bombas de infusão, recurso para vasopressores;
- Kit de sepse contendo: lactato, hemograma, creatinina, bilirrubinas, coagulograma, culturas (hemocultura, outros focos), kit de antibióticos de amplo espectro definidos pelo CCIH/PPP;
- Sistemas de registro de protocolo de sepse aberto, fluxograma, checklist, prontuário eletrônico integrado;
- Sistema de monitorização de indicadores e painel de controle gestor;
- Fluxos definidos para internação, UTI, transferência regulada, e seguimento pós-alta para reabilitação.

5. Atividades e responsabilidades

5.1 Equipe médica:

- Avaliação inicial e hipótese de sepse/choque;
- Definição e prescrição da “primeira hora”: antibiótico, fluido, vasopressor;
- Comunicação ao serviço de controle de infecção, serviço de qualidade e regulação quando necessário;
- Revisão periódica da conduta (6h, 24h, alta) e registro da evolução.

- **5.2 Enfermagem:**

- Realizar triagem imediata, classificação de risco, aferição de sinais vitais, sinais de perfusão; ativar protocolo de sepse;
- Aplicar checklist da primeira hora; monitorar resposta à terapia, registrar diurese, nível de consciência; administrar medicamentos; assegurar reavaliação em 6 horas.

- **5.3 Farmácia clínica:**

- Disponibilizar antibióticos empíricos amplos conforme diretrizes locais, dosagem, infusão estendida quando indicada; participar da de-escalação; controle de resistências.

- **5.4 Apoios multiprofissionais (fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia):**

- Intervir conforme necessidade: mobilização precoce, suporte nutricional, apoio pós alta, seguimento de sobreviventes de sepse.

6. Atividades:

Fluxo assistencial e pacotes terapêuticos

6.1 Triagem / reconhecimento (tempo-zero a 1 hora):

- Suspeita de infecção + sinais de disfunção orgânica → ativar protocolo;
- Coleta imediata de exames: lactato, gasometria, hemograma, creatinina, bilirrubina, coagulograma.
- Coleta de hemoculturas (duas vias) + outras culturas antes de antibióticos, se possível.
- Iniciar antibiótico de amplo espectro IV dentro da primeira hora da identificação.
- Iniciar reposição volêmica com cristaloides 30 mL/kg (ou conforme peso ideal/peso corporal) em até 1 hora se sinais de hipoperfusão.
- Se após fluido adequada a PAM <65 mmHg ou sinais persistentes de hipoperfusão → iniciar vasopressor (noradrenalina preferencial) para manter perfusão.

- **6.2 Reavaliação nas primeiras 6 horas:**

- Avaliação da resposta à fluidoterapia (variabilidade da pressão de pulso, VCI, saturação venosa central ou perfusão clínica).
- Repetição de lactato se inicial elevado, objetivo de clareamento.

- Iniciar outras intervenções: ventilação protetora se necessário (volume corrente baixo, limitação de Pplat) se insuficiência respiratória.
- Controle glicêmico (<180 mg/dL); avaliar corticóides se choque séptico refratário.
- **6.3 Linha de cuidado contínua (24h até alta):**
- Monitorização contínua da perfusão e disfunção orgânica; mobilização precoce; avaliação de nutrição; prevenção de infecções relacionadas à assistência; reavaliação de foco; de-escalonamento antimicrobiano; planejamento de alta ou transferência; seguimento pós alta para sobreviventes de sepse.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula	Meta institucional
Tempo até antibiótico	Tempo entre reconhecimento e administração	≤ 1 hora
Volume de cristalóide em 1h	mL/kg nas primeiras 1h para hipoperfusão	≥ 30 mL/kg ou conforme protocolo
Tempo até vasopressor	Tempo desde PAM < 65mmHg até início vasopressor	≤ 60 min
Taxa de mortalidade por sepse	(Óbitos por sepse / total de sepse) x 100%	(Definir meta institucional)
Taxa de coleta de hemoculturas antes do antibiótico	(Hemoculturas coletadas / total casos protocolados) x100%	≥ 90%
Clareamento de lactato	(Número de pacientes com redução de lactato / total com lactato alto) x100%	(Definir meta)

8.Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1 – Diagnóstico Situacional	Levantamento inicial	Levantamento detalhado do fluxo assistencial, identificação de pacientes-alvo (sepse/choque séptico), mapeamento de recursos humanos, materiais e laboratoriais, e análise de conformidade com o protocolo ILAS.	Direção Técnica / Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Identificação de lacunas assistenciais e estruturais para adequação ao protocolo ILAS.
Mês 2 – Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Construção e adaptação do protocolo SESPE-Adulto conforme diretrizes ILAS 2025, definição dos fluxos assistenciais, do checklist da “primeira hora”, dos indicadores de desempenho e dos mecanismos de registro e notificação.	Direção Técnica / Corpo Clínico / NQSP	Protocolo padronizado e validado institucionalmente.
Mês 3 – Capacitação	Treinamento teórico-prático das equipes	Realização de oficinas práticas, simulações realísticas e capacitação	Núcleo de Educação Permanente (NEP) / NQSP	Equipe assistencial e de apoio apta a reconhecer e manejar pacientes

		multiprofissional sobre reconhecimento precoce da sepse, manejo inicial, uso do checklist e registro do protocolo ILAS.		sépticos conforme ILAS.
Mês 4 – Implantação Piloto	Teste operacional	Aplicação do protocolo em regime de observação controlada no SESPE Adulto, com auditoria dos tempos de resposta (antibiótico, fluido, lactato) e revisão de fluxos.	Direção Técnica / NQSP	Identificação de falhas operacionais e ajustes de fluxo para otimização do tempo-resposta.
Mês 5 – Avaliação	Monitoramento e análise de resultados	Coleta e análise dos indicadores de desempenho: tempo até antibiótico, clareamento de lactato, volume de fluido administrado e taxa de mortalidade. Elaboração de relatório técnico de desempenho.	NQSP / NEP	Consolidação de dados para melhoria contínua e comparativo com metas ILAS.
Mês 6 – Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Implantação definitiva do protocolo SESPE-Adulto no sistema hospitalar, formalização em manual institucional, inclusão no programa de auditoria interna	Direção Técnica / NQSP / Diretoria de Operações	Protocolo institucionalizado, monitorado e ativo com auditoria e feedback contínuo.

		e divulgação de resultados à equipe.		

9. Notas importantes

- A ativação do protocolo de sepse deverá registrar “Protocolo de Sepse – ILAS” no prontuário e checklist específico.
- Pacientes com eleição para cuidados paliativos ou terminalidade devem seguir fluxo diferenciado e não ser contabilizados nos indicadores de “pacientes resolvidos por sepse”.
- O protocolo deverá ser revisado anualmente ou sempre que houver mudanças significativas nas diretrizes ILAS/SSC.
- A equipe de Qualidade, Segurança do Paciente e Controle de Infecção (QSP/CCIH) será responsável por monitorar e publicar relatórios semestrais.

10. Referências

- Instituto Latino Americano de Sepse. “Implementação de Protocolo Gerenciado de Sepse”. Revisado Agosto 2018.
- Surviving Sepsis Campaign. Bundles of Care. (consultado via ILAS).
- Documento “Protocolo de Sepse na Emergência” baseado no Programa de Qualidade em Sepse do ILAS.

**PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA****2.2.2.8. PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA****1.Introdução**

A dor torácica é uma das principais queixas e motivo de atendimento nos prontos socorros/ Clínica Médica e demais setores. Na maioria das vezes a dor torácica está associada a condições de baixo risco, mas na minoria dos casos em que se trata de alto risco, o risco de morbidade e mortalidade é alto.

Além da síndrome coronariana aguda (SCA), a dor torácica pode representar outros quadros ameaçadores à vida. São as síndromes aórticas (DA), a embolia pulmonar (TEP), o pneumotórax hipertensivo, o tamponamento pericárdico e a rotura esofágica. O foco deste protocolo instituído no Hospital Regional Drº José de Simone Netto e a avaliação precoce dessas possibilidades e de outros diagnósticos que podem necessitar de uma abordagem imediata.

2.Revisão de literatura:

Embora nas últimas décadas tenham ocorrido grandes avanços dos métodos complementares para melhorar a acurácia diagnóstica, a dor torácica continua sendo, nos dias de hoje, uma “caixa de surpresa” e um desafio à prática médica, principalmente devido a vasta quantidade de diagnósticos diferenciais. Na maioria das vezes a dor torácica está associada a condições de baixo risco, mas na minoria dos casos em que se trata de alto risco, o risco de morbidade e mortalidade é alto.

Considerando apenas a síndrome coronariana aguda (SCA), temos falhas diagnósticas em até 4%. A mortalidade precoce dessa coorte chega a 25% e, quando sobrevivem, apresentam mais sequelas do que aqueles que não tiveram falha diagnóstica. Dessa forma, existe uma atitude bastante defensiva diante da suspeita de síndrome coronariana aguda, indicando internação para quase todos os pacientes, independentemente do risco. O resultado é o uso ou a indicação de recursos hospitalares para pacientes de baixo risco. Isso aumenta o custo, o uso de recursos e as internações sem gerar benefício para o paciente.

3.Objetivo(s):

Padronizar o atendimento inicial ao paciente com queixa de dor torácica na unidade de emergência/Pronto Atendimento, assegurando identificação rápida de síndrome coronariana aguda (SCA) e outras causas críticas, redução do tempo até ECG e decisões terapêuticas iniciais segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e fluxos nacionais de atenção.

4.Recursos físicos e materiais

- Sala/box de emergência equipado
- Monitor multiparâmetros com capnografia
- Aparelho portátil de ECG 12 derivações
- Kits de punção venosa, fluxos para coleta de troponina e exames laboratoriais
- Medicamentos: ácido acetilsalicílico (comprimido mastigável), nitratos sublinguais, morfina (ou analgésico conforme protocolo local), salbutamol se broncoespasmo suspeito, heparina e antiagregantes (prescrição médica), atropina e antiarrítmicos disponíveis na unidade de emergência
- Oxímetro de pulso
- Material para suporte avançado de vida (carrinho de emergência com desfibrilador, kits de vias aéreas, drogas vasoativas)
- Computador/registo eletrônico para documentação imediata

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico de plantão / Emergencista / Cardiologista de plantão:

- Avaliação clínica e decisão terapêutica imediata;
- Interpretação do ECG inicial e solicitar ECG seriados;
- Solicitar e interpretar marcadores cardíacos e outros exames complementares;
- Indicar reperfusão (angioplastia/gestão de transferência) conforme critérios da SBC;
- Prescrever medicações iniciais e conduzir comunicação com familiares.

Enfermeiro (triagem e sala de emergência):

- Realizar acolhimento e classificação de risco;
- Monitorização inicial e administração de fármacos sob protocolo;
- Garantir ECG em até 10 minutos desde triagem e registrar horário;
- Preparar paciente para procedimentos e transporte inter-hospitalar, se recomendado por rota de tratamento.

Auxiliar ou Técnico de Enfermagem:

- Realizar ECG 12 derivações com qualidade técnica em até 10 minutos da chegada;
- Enviar traçado ao médico e arquivar no prontuário.
- Acesso venoso, monitorização contínua, administração de medicamentos conforme prescrição e protocolo;
- Registro de sinais vitais e observação de resposta clínica.

Laboratório:

- Priorizar processamento de troponina e exames solicitados pelo serviço de emergência;
- Disponibilizar resultados nas plataformas de prontuário eletrônico com prioridade.

Radiologia / Imagem:

- Realizar exames de imagem solicitados com prioridade (raio-X de tórax, ecocardiograma se indicado).

Atendimento/Recepção/Administrativo:

- Garantir registro de chegada, identificação e ativação do fluxo de emergência conforme POP.

6. Atividades:

6.1 Acolhimento/Triagem: Imediato com ECG em até 10 minutos, com registros dos tempos e sintomas iniciais.

6.2 Ações iniciais obrigatórias:

- Encaminhar paciente para sala vermelha
- Monitorização de sinais vitais;
- Puncionar acesso venoso calibroso;
- Oxigênio apenas se SpO2 < 90% ou dessaturação clínica.
- Administração de medicação conforme prescrição médica.

Quadro 1 – Medicações recomendadas no Protocolo de Dor Torácica

MEDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Ácido acetilsalicílico mastigável 160 - 325mg	dose única IMEDIATA
Nitrato sublingual 0,4 mg	a cada 5 minutos, até 3 doses se dor isquêmica e PA sistólica > 90-100mmHg e sem uso de sildenafil em até 24h.
Morfina ou similar	à critério médico para analgesia
Clopidogrel/ ticagrelor	à critério médico

- Avaliar ECG, instabilidade hemodinâmica ou arritmias, conforme quadro abaixo:

Quadro 2 – Rotas de tratamento por ECG

ECG	ROTAS DE TRATAMENTO
SCA com supra de ST	Ativar protocolo de reperfusão com trombólise ou angioplastia primária, conforme rede referenciada.
SCA sem supra de ST	Manter monitorização, troponina seriada, antiagregação e estratificação de risco
ECG normal com dor típica	Repetir ECG e troponina conforme protocolo
Causas não cardíacas	Avaliar Dissecção aórtica, TEP, pneumotórax, esofagite e ansiedade

5.3 Exames complementares:

- Troponina de alta sensibilidade conforme janela laboratorial e protocolos locais (admissão e marcadores seriados conforme diretriz).
- RX de tórax quando indicado.
- Gasometria, eletrólitos, glicemia capilar.

5.4 Fluxo de atendimento

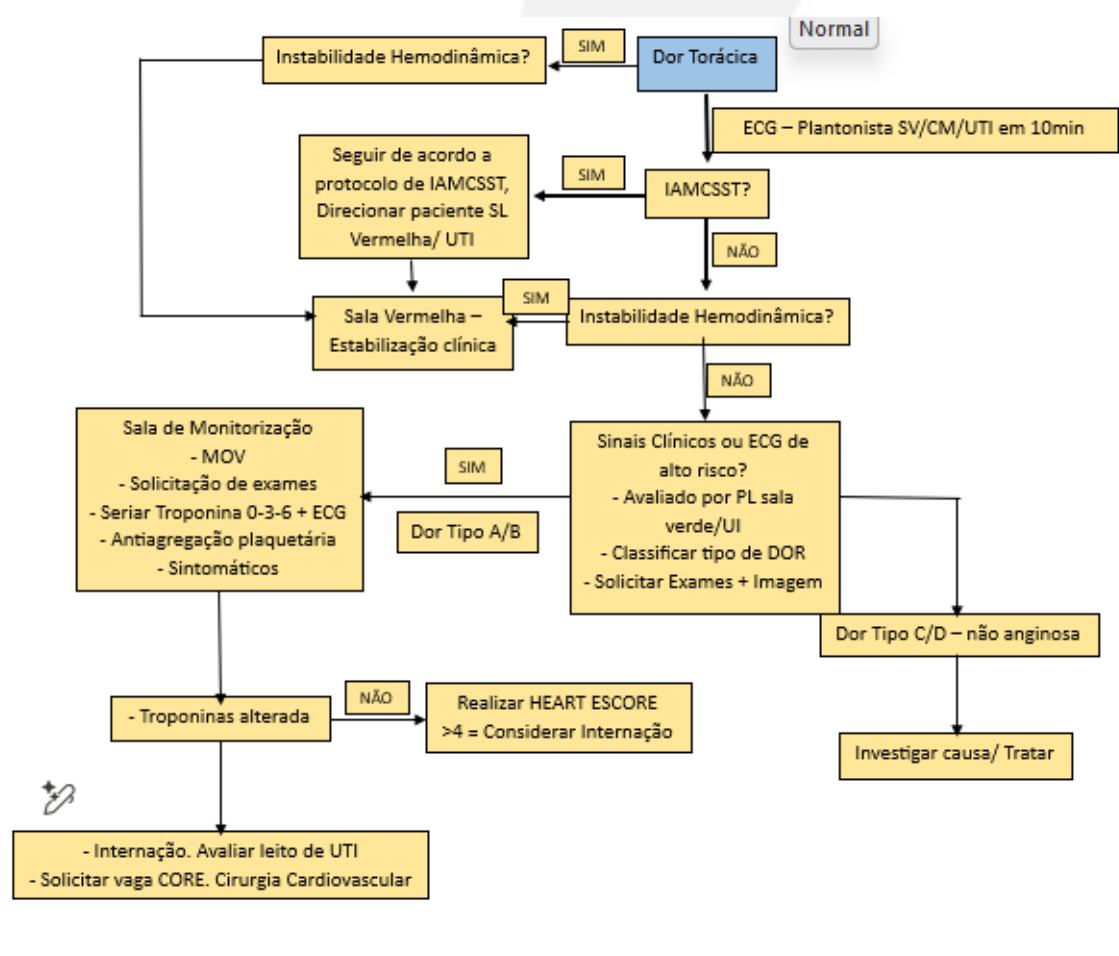


Figura 1 – Fluxo de atendimento

5.5 Classificação por tipo de dor

Dor Torácica Definitivamente Anginosa: Dor Tipo A

A dor torácica pensando em SCA, é descrita como tendo duração de 10 a 20 minutos, com localização retroesternal ou precordial, com irradiação para ombro e face medial do braço

esquerdo. Porém, essa dor classificada como típica ocorre em 50% dos casos. Aumenta a probabilidade de ser uma SCA a presença dos seguintes sintomas: Irradiação para um ou ambos os ombros: mesmo que seja só o direito. História de náuseas e vômitos. Sudorese: especialmente quando observada pelo enfermeiro da triagem ou médico. Associação da dor com esforço. Lembrando dos equivalentes anginosos principalmente em idoso, diabéticos.

Dor Torácica Provavelmente Anginosa: Dor Tipo B

Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa. As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação por exames.

Dor Torácica Provavelmente Não Anginosa: Dor Tipo C

Tem poucas características da dor definitivamente anginosa (“dor atípica”, sintomas de “equivalente anginoso”). As características da dor torácica não fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para descartar o diagnóstico.

Dor Torácica Definitivamente Não Anginosa: Dor Tipo D

Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico. Apesar das características da dor não remeterem a SCA, em casos selecionados este sintoma pode ser uma apresentação atípica de SCA. Principalmente em pacientes com múltiplos fatores de risco para doença arterial coronária.

Dor com Suspeita de DA

Normalmente a dor irradia para a região posterior e o abdome e infraescapular, tem início súbito, grande intensidade, sendo máxima desde o seu início, caráter lancinante ou em pontada e é frequentemente descrita como “sensação de rasgão” com irradiação para a região dorsal. Além disso, o paciente apresenta PA elevada. Um achado comum no exame físico é a assimetria de pulsos e PA entre os membros (diferença maior que 20 mmHg na PAS), sendo de extrema importância a palpação dos pulsos e aferição da PA nos quatro membros em pacientes com dor torácica.

Os sintomas secundários da dissecção aórtica resultam de oclusões dos ramos arteriais e incluem acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio ou isquemia do membro.

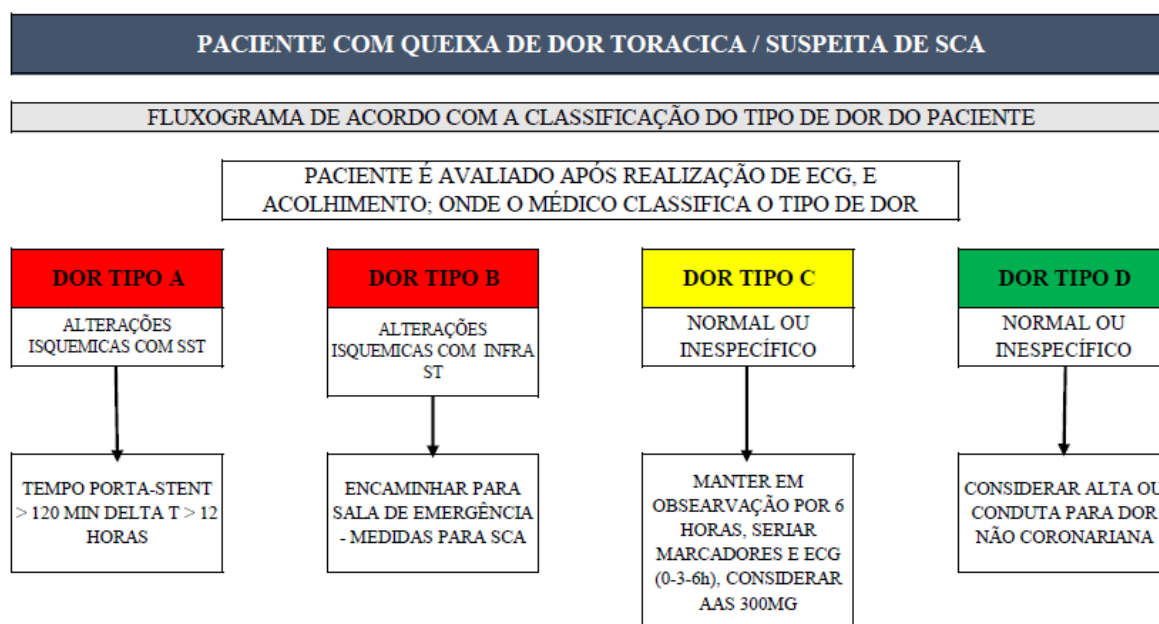
Dor com suspeita de TEP

Os sintomas de embolia pulmonar incluem dor torácica súbita (pode piorar com inspiração, chamada pleurítica), dispneia, hipoxemia, síncope ou choque. Pode haver tosse associada ou hemoptise. Os pacientes com embolia pulmonar podem apresentar febre e edema ou dor nas pernas, e alguns pacientes relatam dor na parede torácica. Achados comuns no exame físico incluem taquipneia, taquicardia e hipoxemia.

Dor com suspeita de Pneumotórax espontâneo

Os principais sintomas do pneumotórax espontâneo são dor torácica pleurítica de início súbito, aguda e com dispneia.

5.6 Seguimento por tipo de dor



5.7 Eletrocardiograma

O eletrocardiograma fornece pistas para alterações isquêmicas que sugerem infarto oclusivo ou não oclusivo. A principal alteração que sugere infarto oclusivo é o supradesnivelamento de segmento ST. O segmento ST é o trecho do ECG entre o complexo QRS e a onda T. O ponto J

é a deflexão que encerra o complexo QRS e inicia o segmento ST. O desvio de segmento ST é realizado no ponto J em relação à linha de base. A linha de base deve ser o segmento entre o final da onda T e a onda P seguinte. O segmento PR não deve ser usado como linha de base pois pode se encontrar alterado como na pericardite.

A definição de **infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento** é a elevação de 1 mm do ponto J em duas derivações contíguas. São derivações contíguas DII, DIII e aVF (parede inferior); V1, V2, V3, V4, V5 e V6 sequencialmente (parede anterior) e DI e aVL (parede lateral alta). Nas derivações V2 e V3 são exceção, pois são necessários 1,5 mm em mulheres, 2 mm em homens acima de 40 anos e 2,5 mm em homens abaixo de 40 anos. Se as derivações de V7 a V9 forem utilizadas, 0,5 mm é suficiente.

Outros padrões que sugerem infarto oclusivo são: De Winter e os critérios de modificados de Sgarbossa na presença de bloqueio de ramo esquerdo.

No **infarto sem supra (não oclusivo) ou angina instável**, a isquemia leve pode se manifestar como ondas T altas e apiculadas e é conhecida como isquemia subendocárdica. A alteração é indistinguível de hipercalemia moderada. A evolução da isquemia leva a ondas T negativas e simétricas, com o termo isquemia subepicárdica. Essa alteração é bastante inespecífica, mas a alteração dinâmica apoia a etiologia isquêmica.

O grau maior de isquemia leva a **infradesnivelamento de segmento ST** – lesão subendocárdica. Uma alteração típica desse achado.

Diagnóstico diferencial de isquemia é a sobrecarga ventricular esquerda e com o uso de digitálico. O eletrocardiograma pode mostrar sinais isquêmicos como alteração do segmento ST e onda T, bloqueio atrioventricular, alterações dinâmicas entre ECGs e alguns padrões específicos de ECG isquêmicos como Wellens e De Winter. O padrão de Wellens é um padrão de reperfusão. Durante o episódio de dor, o ECG estará possivelmente normal. Ao repetir o ECG após a resolução da dor é que aparece o padrão de Wellens. Acontecem dois tipos. No tipo A são encontradas ondas T bifásicas iniciando-se com a fase positiva. O significado é de uma lesão grave de artéria descendente anterior, mas não necessariamente aguda.

Pacientes com ECG completamente normal ainda têm uma possibilidade de 2% de apresentarem uma SCA. Já aqueles pacientes com alterações inespecíficas têm uma possibilidade de 9% de apresentarem uma SCA.

Figura 2 – Alterações encontradas no ECG

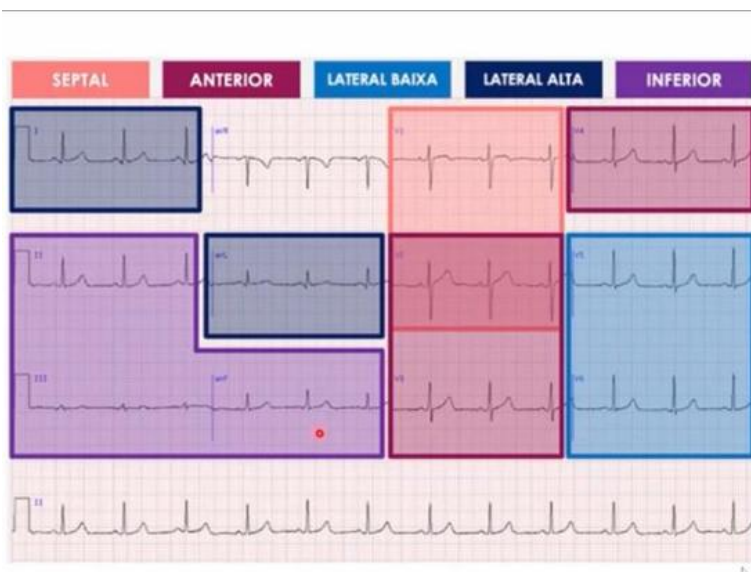


Figura 3 – Infarto anterior: artéria descendente anterior

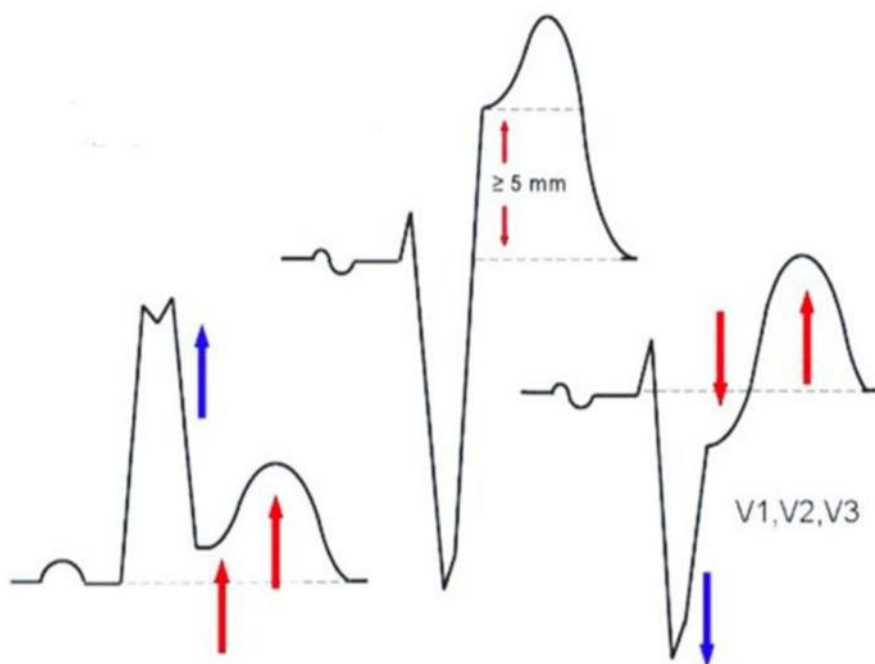


Figura 4 – Infarto inferior: artéria coronária direita



Figura 5 – Infarto lateral: artéria circunflexa

CRITÉRIOS DE SGARBOSSA	
Supradesnívelamento de ST ≥ 1 mm concordante com o complexo QRS em qualquer derivação	5 pontos
Infradesnívelamento de ST ≥ 1 mm em V1, V2 ou V3	3 pontos
Supradesnívelamento de ST ≥ 5 mm discordante com o complexo QRS em qualquer derivação	2 pontos



Esquematização dos critérios de Sgarbossa. Fonte: lifeinthefastlane.com

Figura 6 – Critérios de SGARBOSSA**5.8 ECG normal ou inespecífico****Alteração derepolarização, áreas eletricamente inativas, normal ou inespecífico.**

Recomendações na avaliação inicial: pacientes com suspeita de SCA devem ser avaliados rapidamente para identificar aqueles em emergências ameaçadora à vida e os que apresentam condição clínica de maior benignidade. Esses pacientes devem ser levados à sala de emergência e ter as seguintes ações iniciadas pela equipe de enfermagem:

- Monitorização completa;
- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 92\%$, ou sinais de desconforto respiratório;
- ECG < 10 minutos, transmitido para o prontuário eletrônico;
- Acesso venoso + coleta exames laboratoriais + encaminhamento imediato de Troponina + encaminhamento dos demais exames após orientação médica;
- Enfermagem continuamente ao lado do (a) paciente.

Obs: A inclusão no protocolo de dor torácica e coleta de troponina ficam a critério do médico após análise do ECG e avaliação inicial do paciente no tempo de 10 minutos

Identificação precoce dos casos de alta probabilidade de SCA Sem Supra ST e IAM Com Supra ST.

- IAM com Supra ST
- Independente da manifestação clínica.
- Supra ST > 1 mm no ponto J em pelo menos duas derivações consecutivas OU;
- BRE agudo (idealmente comparado à ECG prévio) OU;
- Onda T hiperaguda (apiculada e simétrica).

O plantonista do Pronto socorro, UTI, Centro Cirúrgico e Unidades de Internação, podem coletar a Troponina-POCT para confirmação precoce do IAM sem supra ST, mas a Troponina-POCT não descarta o diagnóstico de IAM sem supra ST se for negativa, nesta população.

5.9 - Avaliação dos pacientes de muito baixa/baixa/intermediária probabilidade para SCA

As diretrizes brasileira/americana/europeia de SCA sem supra ST enfatizam a importância da estratificação de probabilidade de dor torácica entre os pacientes que não apresentam diagnóstico definido na primeira avaliação. A diretriz americana sugere o uso de ferramenta auxiliadora; neste protocolo optou-se por utilizar o HEART score pelo seu desenvolvimento e validação em unidades de emergência com inclusão de novos fatores de risco citados na literatura.

Score HEART			
H	História Clínica	Suspeita de SCA baixa	0 pontos ()
		Suspeita de SCA moderada	1 ponto ()
		Suspeita de SCA alta	2 pontos ()
E	Eletrocardiograma	Normal	0 pontos ()
		Evidência de distúrbio de repolarização não específico	1 ponto ()
		Significante infradesnívelamento do Segmento ST	2 pontos ()
A	Idade	Menores de 45 anos	0 pontos ()
		Entre 45 - 65 anos	1 ponto ()
		Mais de 65 anos	2 pontos ()
R	Fatores de risco (risk)	Nenhum fator de risco identificado	0 pontos ()
		Entre 1 - 2 fatores de risco identificado	1 ponto ()
		Pelo menos 3 fatores de risco identificados	2 pontos ()
T	Troponina	Dentro do limete normal	0 pontos ()
		1 - 3 vezes a normalidade	1 ponto ()
		Pelo menos 3 vezes a normalidade	2 pontos ()
		TOTAL	

Figura 7 – Score de Heart

Conduta conforme Score de HEART e troponina

- Solicitação de Troponina para todos os pacientes com dor torácica sem diagnóstico diferencial óbvio.
- Nas unidades solicitar inicialmente Troponina convencional (qualitativa) 0 – 3 -6h de acordo a necessidade.
- Nas unidades os critérios de alta para os pacientes HEART III se baseiam na dosagem da Troponina qualitativa.
- Troponina quantitativa, fica a critério do plantonista de sala vermelha, na realização de curva de troponina

Heart score é uma ferramenta importante na decisão médica, orientando na internação ou alta segura.

	CONDUTA MÉDICA
Pontuação total de 0 - 3 : Risco baixo de SCA	Considerar alta do pronto-socorro
Pontuação total de 4 - 6 : Risco moderado de SCA	Considerar internação hospitalar para observação clínica e suporte
Pontuação total >=7 : Risco alto de SCA	Considerar internação hospitalar e estratégias invasivas precoces

Figura 8 – Conduta conforme Score de Heart

Com a avaliação da dor torácica e do ECG podemos estratificar a probabilidade de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), utilizando o Algoritmo de Dor Torácica.

Enquanto os pacientes alocados com tipo de Dor A, têm elevada probabilidade de IAM (75%), os pacientes Dor A e B têm probabilidade de SCA de 60% e 10%, respectivamente. A sistematização da abordagem de Dor Torácica, através de protocolos, possui Grau de recomendação I, Nível de evidência B.

5.10 Monitorização e reavaliação: ECG seriados e monitorização contínua, reavaliação pela equipe médica após cada intervenção e registro de resposta em sistema.

7.Resultados esperados e indicadores

Com a implementação do protocolo e diagnóstico correto, esperamos intervir de forma adequada em tempo oportuno, evitando complicações que podem levar a um desfecho desfavorável para o paciente e consequentemente para toda equipe.

- Taxa de mortalidade;
- Taxa de seguimento e término do protocolo;
- Taxa de realização de eletrocardiograma em 10 min;
- Taxa de trombólise;
- Taxa de internação;
- Taxa de transferência para hospital de referência;
- Tempo porta – agulha;
- Tempo porta – balão.

8. Plano de implantação:

Fase	Período	Ações
Fase 1 - Preparação	nov/25	Inventário de recursos
		Revisão de documentos existentes e adequação as melhores práticas
		Definição de indicadores (tempo até ECG, tempo de administração de AAS, tempo de decisão para reperfusão, % ECG dentro de 10 min).
Fase 2 - Capacitação	nov/25	Treinamento obrigatório para equipe de emergência sobre o fluxo, uso do carrinho de emergência, interpretação básica de ECG e critérios
		Simulações in loco (treinamentos práticos em cenário de dor torácica)
Fase 3 - Implementação	dez/25	Início formal do POP com monitoramento de indicadores.
		Reuniões semanais de melhoria nas primeiras 8 semanas.
		Revisão dos indicadores e auditorias de prontuário.

9. Notas importantes

- ✓ Este documento sumariza fluxos operacionais; decisões clínicas individuais sempre cabem ao médico responsável.
- ✓ Ajustes de dose e condutas farmacológicas devem seguir o protocolo farmacoterapêutico institucional e alergias/contraindicações do paciente.
- ✓ Em casos de dúvida, ativar teleconsulta/cardiologia de referência ou transferir ao serviço de maior complexidade conforme rede assistencial.
- ✓ Documentar todos os horários-chave: chegada, ECG, administração de AAS, decisão de reperfusão/transferência.
- ✓ Pacientes que necessitam intervenção hemodinâmica devem ser transferidos via CORE.

10. Referências

1. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – Sociedade Brasileira de Cardiologia (Arq Bras Cardiol. 2025).
2. Linhas de Cuidado: Dor Torácica — Ministério da Saúde (Portal Linhas de Cuidado).
3. Manual Síndrome Coronariana Aguda — SOCERJ (exemplos e apoio).

4. Medicina de emergência: abordagem prática / [autores Adalberto Studart Neto ... [et al.]]; editores Irineu Tadeu Velasco ... [et al.]. - 16. ed., rev., atual. e ampl. - Santana de Parnaíba [SP]; Manole, 2022.
5. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. Journal of the American College of Cardiology. Dec 2014;64(24):e139-e228.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA

2.2.2.9. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA

1.Introdução

O trauma representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo responsável por grande parte dos óbitos em indivíduos jovens. O ATLS (Advanced Trauma Life Support), desenvolvido pelo American College of Surgeons (ACS – Colégio Americano de Cirurgiões), é o padrão internacionalmente aceito para o atendimento inicial de pacientes vítimas de trauma, com foco na abordagem sistematizada e na priorização de intervenções que salvam vidas.

2.Revisão de literatura:

O protocolo propõe a sequência ABCDE, que garante a avaliação rápida e segura das condições vitais do paciente, minimizando erros e atrasos no diagnóstico e tratamento. A implementação padronizada dessas diretrizes nos serviços de urgência e emergência contribui

significativamente para a redução da mortalidade evitável, melhora dos desfechos clínicos e otimização dos recursos assistenciais.

O ATLS baseia-se na filosofia de que 'tratamento definitivo não deve atrasar o tratamento inicial'. O atendimento é dividido em etapas sequenciais e reavaliadas continuamente:

A – Airway with cervical spine protection: manutenção da via aérea com proteção cervical.

B – Breathing: avaliação e suporte da respiração e ventilação.

C – Circulation: controle de hemorragias e reposição volêmica.

D – Disability: avaliação neurológica rápida (Escala de Coma de Glasgow, pupilas).

E – Exposure: exposição completa do paciente, evitando hipotermia.

A abordagem secundária é realizada após estabilização inicial, com exame físico completo, revisão do histórico e realização de exames complementares.

Estudos recentes reforçam a importância da avaliação primária rápida e reanimação precoce, com ênfase em:

- ✓ Controle de hemorragia maciça com uso racional de transfusões (protocolo damage control resuscitation).
- ✓ Identificação precoce de trauma torácico e abdominal com FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma).
- ✓ Utilização da tomografia computadorizada total em pacientes estáveis.
- ✓ Implementação de times de trauma multiprofissionais treinados, integrando enfermagem, fisioterapia e equipe médica.

A adoção das diretrizes do ATLS representa uma estratégia essencial para padronizar o atendimento ao trauma, independente do porte do hospital, promovendo segurança, eficiência e qualidade assistencial. O comprometimento institucional e a educação continuada são fundamentais para sustentar a excelência nos resultados e assegurar a tomada de decisão assertiva.

3.Objetivo(s):

Estabelecer um protocolo padronizado para o atendimento sistematizado, seguro e eficaz à todas as vítimas de trauma, garantindo a rápida identificação de lesões graves, manutenção das funções vitais e encaminhamentos adequados conforme prioridade clínica.

4. Recursos físicos e materiais

- ✓ Maca rígida, prancha longa e colar cervical;
- ✓ Sistema de oxigênio e aspiração;
- ✓ Monitor multiparamétrico;
- ✓ Desfibrilador e carrinho de emergência;
- ✓ Material para acesso venoso periférico e central;
- ✓ Soluções cristalóides (SF 0,9%, Ringer Lactato);
- ✓ Kit de curativo e imobilização;
- ✓ Equipamentos de proteção individual (EPI).
- ✓ Materiais para imobilização
- ✓ Serviço diagnóstico contendo: laboratório, RX, US e TC.
- ✓ Agência transfusional

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro: coordenar o atendimento inicial, realizar avaliação primária e secundária, administrar medicamentos conforme prescrição, supervisionar equipe técnica, comunicar laboratório, agência transfusional, centro cirúrgico e radiologia e registrar o atendimento.

Técnico de Enfermagem: auxiliar na imobilização, monitorização, punção venosa e transporte; preparar materiais e equipamentos.

Médico: avaliar, diagnosticar e instituir condutas terapêuticas específicas.

Equipe de apoio: garantir abertura de fichas do paciente.

Laboratório: priorizar resultados de exames.

Agência transfusional: disponibilizar bolsa de sangue O negativa, coletar amostra de sangue para saber o tipo sanguíneo do paciente.

6. Atividades:

6.1. Atendimento

Etapa 1 – Segurança da cena e abordagem inicial

Garantir segurança da equipe e da vítima;

Usar EPIs adequados;

Avaliar mecanismo do trauma e número de vítimas;

Acionar recursos adicionais se necessário.

Etapa 2 – Avaliação primária (ABCDE do trauma)

Quadro 1 – Avaliação primária

Etapa (ABCDE)	Objetivo	Principais Achados Possíveis	Condutas Imediatas
A – Via Aérea com Controle da Coluna Cervical	Assegurar via aérea pérvia e proteger a coluna cervical.	Obstrução por corpo estranho, sangue ou vômito; Trauma facial grave; Alteração de fala ou roncos; Desvio traqueal; Comprometimento da consciência.	Estabilizar coluna cervical; Remover obstruções; Aspiração de secreções; Intubação se necessário; Traqueostomia de urgência em obstrução total.
B – Respiração e Ventilação	Avaliar ventilação e oxigenação adequadas.	Movimentos assimétricos do tórax; Taquipneia ou apneia; Cianose; Diminuição de murmúrio vesicular; Enfisema subcutâneo; Tórax instável.	Administrar oxigênio suplementar; Tratar pneumotórax hipertensivo ou aberto; Drenagem torácica quando indicada.
C – Circulação e Controle de Hemorragias	Restaurar perfusão e controlar sangramentos externos.	Pulso fraco ou ausente; Pele fria, pálida e úmida; Pressão arterial baixa; Sangramento externo evidente; Distensão jugular (tamponamento cardíaco).	Compressão direta em hemorragias; Reposição volêmica (cristaloides e sangue); Controle de focos hemorrágicos; Avaliar choque hipovolêmico ou cardiogênico.
D – Déficit Neurológico (Disability)	Avaliar nível de consciência e integridade neurológica.	Glasgow < 15; Anisocoria (pupilas desiguais); Déficit motor ou sensitivo; Convulsões; Sinais de hipertensão intracraniana.	Avaliar escala de Glasgow; Controlar glicemia; Proteger vias aéreas se rebaixamento de consciência; Encaminhar à TC de crânio se indicado.
E – Exposição e Controle do Ambiente	Examinar todo o corpo e prevenir hipotermia.	Ferimentos ocultos; Fraturas expostas; Corpos estranhos; Queimaduras; Hipotermia.	Remover roupas com cuidado; Avaliar toda a superfície corporal; Cobrir paciente para evitar perda de calor; Reaquecer se necessário.

Importante: Pacientes com hemorragias aparentes ativas, iniciar o atendimento primário pela contenção da hemorragia, considerando XABCDE.

Etapa 3 – Avaliação secundária

- Realizar exame físico detalhado da cabeça aos pés;
- Monitorizar sinais vitais e diurese;

- Solicitar exames laboratoriais e de imagem conforme protocolo (RX, FAST, TC).

Etapa 4 – Reavaliação e conduta definitiva

- Reavaliar ABCDE continuamente;
- Corrigir alterações identificadas;
- Garantir estabilização
- Definir conduta: encaminhamento cirúrgico, internação ou transferência.

6.2. Situações Especiais

Alguns grupos de pacientes requerem cuidados direcionados no atendimento ao trauma, devido aos riscos identificados, segue abaixo, quadro com as recomendações para crianças, gestantes e idosos.

Quadro 2 – Situações especiais

Grupo	Particularidades Fisiológicas	Cuidados Específicos	Cuidados-Chave (Resumo)
Gestantes	↑ Volume sanguíneo e FC (choque mascarado); Compressão da veia cava inferior; Feto depende da perfusão materna.	Priorizar a mãe; Posição lateral esquerda; Manter SpO ₂ >95%; Acesso venoso acima do diafragma; Realizar exames conforme necessidade; Monitorar feto ≥20 semanas; Atentar a causas obstétricas.	Priorizar mãe, posição lateral, monitorar feto.
Crianças	Menor reserva cardiovascular (descompensam rápido); Cabeça grande (risco de TCE); Vias aéreas pequenas; Maior superfície corporal → risco de hipotermia.	Via aérea proporcional (tabela Broselow); Evitar hiperventilação; Avaliar pulso e enchimento capilar; Manter aquecimento; Acesso intraósseo se necessário; Avaliar sinais de abuso.	Equipamentos proporcionais, aquecimento, considerar intraósseo.
Idosos	Menor reserva cardíaca e pulmonar; Uso frequente de anticoagulantes; Resposta ao choque atenuada; Ossos frágeis.	Interpretar sinais vitais com cautela; Revisar medicações (anticoagulantes, betabloqueadores); Reposição volêmica com cuidado; Imobilizar coluna mesmo após traumas leves; Considerar comorbidades; Proteger pele e articulações.	Cautela com fluidos, atenção a anticoagulantes, imobilização suave.

6.3. Educação e monitoramento contínuo:

- Realizar treinamentos periódicos de atendimento ao politraumatizado.
- Realizar anualmente simulado IMV – Incidente com Múltiplas Vítimas

7. Resultados esperados e indicadores

7.1 Resultados esperados

- ✓ Redução da mortalidade em vítimas de trauma grave
- ✓ Diminuição de eventos adversos relacionados a falhas de atendimento inicial
- ✓ Redução do tempo entre chegada e início de reanimação avançada
- ✓ Aumento do número de profissionais treinados e capacitados
- ✓ Redução de custos associados a internações prolongadas e complicações

7.2 Indicadores

- ✓ Tempo de atendimento primário
- ✓ Tempo de tomada de decisão após avaliação secundária
- ✓ Taxa de mortalidade evitável por trauma
- ✓ Pacientes avaliados conforme protocolo ATLS

8. Plano de implantação:

1ª fase (nov/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.

2ª fase (dez/25) – Simulado IMV e *debriefing*

9. Notas importantes

- ✓ Priorizar sempre a segurança da equipe e do paciente;
- ✓ Manter comunicação efetiva entre os membros da equipe;
- ✓ Garantir registro completo do atendimento no prontuário;

- ✓ Reforçar treinamentos periódicos em ATLS e Suporte Avançado de Vida.
- ✓ Em situações que envolvam múltiplas vítimas, preparar atendimento conforme recomendações do Plano de Catástrofe.
- ✓ Garantir rede referenciada para transferência de pacientes quando necessário, via CORE.

10.Referências

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS: Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 10th ed. Chicago: ACS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: MS, 2020.

ROTONDO, M. et al. Damage Control Resuscitation: From Concept to Practice. J Trauma Acute Care Surg, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on Road Safety. Geneva: WHO, 2023.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA

2.2.2.10. PROTOCOLO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA

1.Introdução

Emergência é todo caso em que há ameaça iminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, havendo necessidade de tratamento médico imediato. Alguns exemplos de emergências são a parada cardiorrespiratória (PCR), hemorragias volumosas e infartos que podem levar a danos irreversíveis e até ao óbito.

Urgência é uma situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar complicações e sofrimento. São exemplos de urgência: dores abdominais agudas e cólicas renais.

Para os atendimentos de urgência e emergência intra-hospitalar os setores que não possuem médicos 24h (unidades de internação clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e SADT) contam com a assistência do TRR (Time de Resposta Rápida). O TRR é atendimento e resposta rápida a sinais de alerta (sinais de piora clínica de pacientes), estando continuamente e prontamente disponível para atendimento e a prevenção de intercorrências clínicas graves e, finalmente, assistência à parada cardiorrespiratória nas Unidades Não Críticas, realizando intervenções precoces e resgatando, em alguns casos, “pacientes críticos” nas “unidades não críticas” do hospital. O objetivo é atender o paciente em um curto espaço de tempo, ao primeiro sinal de qualquer agravo clínico, reduzindo a incidência de Parada cardiorrespiratória PCR.

2.Revisão de literatura:

Estudos recentes indicam que 85% das paradas cardiorrespiratórias intra-hospitalares são precedidas por sinais de deterioração detectáveis entre 6 e 8 horas antes do evento.

A implementação de Times de Resposta Rápida (TRR) reduz a mortalidade hospitalar e o tempo de internação. A ferramenta SBAR é essencial para a comunicação segura.

A deterioração clínica intra-hospitalar fora da UTI é causa relevante de morbimortalidade, em grande parte potencialmente evitável quando há detecção precoce, critérios padronizados de escalonamento e Times de Resposta Rápida (TRR).

Diretrizes da Society of Critical Care Medicine (SCCM, 2024) sintetizam recomendações organizacionais (critérios institucionais de ativação, treinamento periódico, monitorização fidedigna de sinais vitais e auditoria de eventos) para otimizar reconhecimento e resposta fora da UTI.

O código amarelo consiste no atendimento de urgência pelo TRR aos pacientes internados na instituição. É aberto pela enfermagem do setor quando MEWS ≥ 3 , ou pelo menos um sinal de alerta. Os sinais de alerta clínicos e laboratoriais foram definidos considerando-se critérios de normalidade. Pacientes com patologias de base deverão ter seus critérios individualizados e descritos em prontuário.

A deterioração clínica é a identificação precoce do risco de deterioração fisiológica do paciente baseado na avaliação dos Sinais Vitais e respectivas atribuição de pontos (scores) e na identificação de alterações dos sinais clínicos em relação aos parâmetros considerados normais.

As alterações fisiológicas que traduzem deterioração clínica, podem denunciar precocemente os pacientes reais ou potencialmente críticos e que necessitam intervenção diagnóstica e ou terapêutica.

A demora na identificação desses pacientes implica no atraso de intervenção e, assim, no aumento da mortalidade hospitalar.

Vários estudos demonstram que scores de alerta precoce, utilizados na beira do leito, constituem uma ferramenta simples na identificação de pacientes com risco iminente de morte, beneficiando-se, assim, em admissão em unidade crítica ou monitoramento diferenciado dentro da unidade.

3.Objetivo(s):

Padronizar o reconhecimento, a avaliação e o manejo dos sinais de deterioração clínica em pacientes internados, ambulatoriais e obstétricos, garantindo resposta rápida, segura e efetiva.

4.RecursoS físicos e materiais (se houver)

- ✓ Carrinho de emergência completo e verificado diariamente;
- ✓ Monitor multiparamétrico com capnografia e oximetria;
- ✓ Equipamentos de oxigenoterapia;

- ✓ Desfibrilador funcional;
- ✓ Kits de emergência adulto, obstétrica e pediátrica;
- ✓ Rádio comunicador institucional;
- ✓ Impressos padronizados.

5. Atribuições de cada categoria profissional

5.1. Enfermeiro (a)

- ✓ Avaliação e conduta: checar todos os itens eleitos para avaliação de código amarelo e reconhecer os parâmetros alterados.
- ✓ Acionamento telefônico do médico referência (utilizando comunicação baseada na metodologia SBAR), acionamentos dos demais membros do TRR (técnico de enfermagem e fisioterapeuta).
- ✓ Permanecer ao lado do paciente, iniciando o atendimento até a chegada do médico

5.2. Técnico(a) de Enfermagem / Enfermeiro(a)

- ✓ Realizar controle de sinais vitais de 6/6h, inclusive período noturno e comunicar qualquer alteração ao enfermeiro de plantão.
- ✓ Aplicar Escala de News juntamente com a avaliação de sinais vitais de 6/6 e comunicar qualquer alteração ao enfermeiro de plantão;
- ✓ Iniciar o atendimento ao paciente até a chegada do médico
 - Instalar monitor multiparamétrico;
 - Realizar glicemia capilar;
 - Manter carrinho de emergência na porta do quarto;
 - Garantir acesso venoso;
 - Suplementação de O₂ se taquipnéia, dispnéia e/ou hipoxemia até avaliação médica;
 - Preparação adequada do recurso para assistência ventilatória (cateter de O₂, máscara de Venturi, Tubo orotraqueal);
 - Elevar cabeceira para 30 graus caso não haja contraindicação;
 - Suspende dieta até avaliação médica.

- ✓ Acompanhar o médico durante a avaliação,

5.3. Médico TRR.

- ✓ Chegar em até 5 minutos
- ✓ Avaliação e conduta: atendimento inicial, hipótese diagnóstica e conduta terapêutica na unidade.
- ✓ Definir a permanência no setor ou transferência p/ UTI ou sala cirúrgica conforme indicação, contato com equipe assistente para definição da conduta, sempre prezando pela segurança do paciente. Caso tenha indicação de UTI e não tenha vaga disponível no momento, o paciente deverá ser transferido para a sala de emergência do PSA
- ✓ Para códigos abertos em até 6 horas de alta da RPA, chamar o anestesista para avaliação conjunta.
- ✓ Reavaliar o paciente em até 1 hora;
- ✓ Pacientes com 2 códigos abertos em menos de 24h deve ser considerada transferência para a UTI

5.4. Fisioterapeuta

Auxiliar equipe médica e de enfermagem nas tarefas relacionadas a assistência ventilatória

- ✓ Preparação adequada do recurso para assistência ventilatória (cateter de O2, máscara de Venturi, Tubo orotraqueal).
- ✓ Adequação decúbito o Atendimento fisioterápico específico, conforme necessário;

5.5. Equipe multiprofissional

Identifica sinais clínicos de deterioração clínica incluindo impressão subjetiva de má evolução e aciona a equipe de enfermagem.

5.6. Diretoria Técnica: Monitorar indicadores e revisar eventos.

6. Atividades:

6.1. Composição do Time de Resposta Rápida (TRR) - O time de resposta rápida é composto pelo Médico plantonista Pronto Socorro e Enfermeiro e Técnico de Enfermagem do próprio setor. Em se tratando de crianças internadas na Clínica Pediátrica a equipe do setor deverá acionar o médico do TRR e/ou Médico Plantonista da UTI pediátrica para o atendimento.

6.2. Acionamento do Código Amarelo - O médico do TRR é acionado pelo rádio de comunicação disponível em setores não críticos do hospital pelo Enfermeiro, após avaliação prévia. Após acionado, o enfermeiro(a) da unidade onde ocorreu a emergência também é responsável por comunicar o médico assistente, pois estes são os responsáveis pelos cuidados e pela transferência do paciente para UTI caso necessário.

Quadro 1. Sinais de Alerta Gerais

Critérios clínicos			
Desconforto respiratório		Déficit neurológico agudo	
Dor torácica		Sangramento agudo importante	
Alt. aguda da consciência		Síncope	
Convulsões		Alerta sepse	
Critérios pré-clínicos (sinais vitais)			
FC	>110 ou <50bpm	SpO2	<90%
PAS	<90mmHg	SAS	> ou < 4
FR	>24 ou <10 ipm	Diurese	< 0,5mL/kg/h (6h)
Critérios laboratoriais			
Hb	<8g/dL	Na	<130 ou >150
Pla.	<20.000/mm3	K	<3,0 ou >6,0
INR	>4,0	CaT/Cai	<7,0 / <0,8
TTPA	>100 seg.	Mg	<1,0mg/dL
PCO2	<20mmHg	CKMB/Tropo	>limite sup.
PO2	<50mmHg	Glicemia	<40mg/dL
pH	<7,25	Lactato	>limite sup.
Critérios de imagem			
Ecocardiograma		Tomografia de torax	
Derrame pericárdico imp.		Embolia pulmonar	
Dissecção aórtica		Pneumotórax	
Complic. mecânicas do IAM		TC e RMN de crânio	
Endocardite com disfunção		AVCI ou AVCH agudos	
Radiografia de torax		Hematoma subdural	
Pneumotórax		Hipertensão intracraniana	
US ou TC de abdome		Endoscopia digestiva alta	
Aneurisma ou dissecção aorta		Úlcera complicada	
Gravidez ectópica / cisto rotos		Radiografia de abdome	
Rotura viscera oca		Pneumoperitônio	
Colangite			

Para auxiliar no reconhecimento precoce da deterioração clínica do paciente internado é utilizado o Early Warning Scores (EWS), que constitui um instrumento que interpreta precocemente o

declínio clínico (Figura 1), permitindo a resposta rápida da equipe de saúde, na implantação de uma intervenção efetiva que evite a piora clínica ou desfechos graves, são validados e amplamente utilizados, baseados nas alterações de sinais vitais como alerta de risco de deterioração do estado de saúde dos pacientes, de acordo com o seguinte perfil:

- ✓ Adulto clínico – cirúrgico: NEWS;
- ✓ Pediátrico: PEWS;
- ✓ Maternidade: MEOWS

Escalas de alerta deverão ser utilizadas para referenciar os sinais de deterioração fisiológica com evidência quantificável ao médico. As escalas de deterioração clínica serão aplicadas na admissão do paciente e reavaliadas conforme intervenção assinalada pelo resultado do score, ou em rotina hospitalar, caso se encaixe nos critérios de deterioração clínica, o técnico de enfermagem, aciona o enfermeiro da unidade, este confirma os critérios em escala por perfil e se o resultado for positivo, segue o fluxo de acionamento. Diante do score definidor para o acionamento do chamado de intercorrência, o profissional de enfermagem deve registrar em evolução o valor do score, horário do acionamento médico e conduta orientada e realizada. Caso haja falhas no sistema, o enfermeiro/ técnico de enfermagem deve realizar o registro completo de forma manual do score: o valor do score, horário do acionamento médico e conduta orientada e realizada, em impresso de evolução multiprofissional de acordo com a sua competência.

6.3 - PROTOCOLO DE NEWS

O Escore de Alerta Precoce Modificado - NEWS (Quadro 2) será uma das medidas utilizadas para medir o risco de deterioração clínica do cliente adulto. Se a soma dos escores for ≥ 5 e/ou pontuação 3 em qualquer parâmetro, o médico do TRR ou médico mais próximo deverá ser acionado imediatamente, para avaliação e definição de conduta, pontuações iguais a 7 ou mais significa risco iminente de morte do paciente. Essa escala possibilita uma comunicação prévia, oferecendo autonomia profissional aos enfermeiros na tomada de decisão dentro da sistematização da assistência de enfermagem, com repercussões no melhor atendimento ao paciente.

Critérios de inclusão: todos os pacientes com idade superior/igual a 12 anos que estejam internados, sejam eles cirúrgicos ou clínicos.

Critérios de exclusão: excluem-se os pacientes em cuidados paliativos, gestantes, pediátricos, pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

A escala de NEWS é calculada para cada paciente, empregando os sete parâmetros vitais ou fisiológicos: nível de consciência (SNC); frequência cardíaca (FC); pressão arterial sistólica

(PAS); frequência respiratória (FR); temperatura (temp.), SPO2 , O2 suplementar. Os valores de estratificação (Quadro-3) determinam o nível de intervenção para atuação da equipe de enfermagem.

NEWS - National Early Warning Score (Traduzida)							
Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturação de Oxigênio	≤91	92 - 93					
Uso de O2 suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressão Arterial Sistólica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequência cardíaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Nível de Consciência				A			V / D / I
Legenda: A = Alerta V = Verbal D = Doloroso I = Inconiente							

Quadro 2 – Escore de NEWS traduzido

Quadro 2A – Classificação de Risco NEWS

Score de NEWS	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
	NEWS ≤ 1	NEWS ≥2 ≤ 4	NEWS ≥5 ≤ 6	NEWS ≥7
Rotina de SSVV	Verificar 6/6h	Verificar de 4/4h	Verificar de 1/1h	Monitorização contínua
Conduta	Intervenção 1	Intervenção 2	Intervenção 3	Transferência para UTI e Intervenção 4

OBS: Orientar clientes e acompanhantes quanto aos sinais de alerta para acionamento da equipe assistencial.

OBS: O acionamento do médico do TRR, conforme score de deterioração clínica, deve ser realizado após avaliação do enfermeiro assistente.

Quadro 2B – Assistência de Enfermagem por tipo de intervenção recomendada

Intervenção	Assistência
Intervenção 1	Controle de sinais vitais de 6/6 horas; Estimular deambulação quando possível; Estimular ingesta alimentar e hídrica conforme prescrição médica; Identificar necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo.
Intervenção 2	Manter a intervenção 1. Avaliar os sinais vitais e o escore de NEWS de quatro em quatro horas (4/4 h); Manter vias aéreas desobstruídas; Posicionar paciente em posição semi foley (45°), desde que não haja restrição; Avaliar a permeabilidade de acessos venosos; Administrar medicamentos conforme prescrição médica; Verificar glicemia capilar e monitorar uma hora após, em caso de suplementação.
Intervenção 3	Manter intervenção 2 Solicitar avaliação do médico assistente ou médico do TRR; Avaliar o escore de NEWS de hora em hora (1/1 h); Atentar para os níveis de eletrólitos séricos em conjunto com a equipe médica; Monitorizar padrão respiratório e a presença de fadiga respiratória; Oferecer oxigenoterapia conforme prescrição médica, atentando para o melhor dispositivo (Cateter nasal, máscara de venturi ou máscara não reinalante); Puncionar ou manter acesso calibroso com jelco nº 18; Promover o conforto ao paciente e seus familiares; Manter carrinho de emergências, sistema de aspiração a vácuo, e materiais para acesso de vias aéreas superior artificial próximo ao leito.

Intervenção	Assistência
Intervenção 4	Manter intervenção 3; Manter paciente sobre monitorização multiparâmetros (Pressão, FC, FR, Sat O₂); Solicitar avaliação do médico assistente ou médico do TRR urgente; Monitorar manifestações do Sistema Nervoso Central (SNC) – como: dor de cabeça, tontura, atividade mental diminuída, convulsões e coma; Monitorar a ocorrência de manifestações cardiopulmonares (p. ex., hipotensão, hipóxia, arritmias e taquipnéia, pulso fino e taquicárdico); Avaliar o déficit ou excesso de líquido extracelular (desidratação- sinal de prega desaparece muito lentamente, ≥ 2 segundos; Edema- sinal de Godet, cacifo graduação do edema em 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm) e 4+(8mm), conforme a profundidade do cacifo); Monitorar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares (ex.: convulsões, confusão mental, coma, e reflexos hiperativos); Monitorar indícios de insuficiência respiratória iminente (p. ex., nível baixo de PaO₂, fadiga da musculatura respiratória, baixo nível da SaO₂); Avaliar perfusão tissular periférica (Tempo de Reenchimento Capilar-TRC, superior a dois segundos); Atentar para sinais de choque (Aumento da FC, diminuição da Pressão Arterial (PAS < 90 ou PAM < 65), Oligúria, taquipneia, perda de consciência ou confusão mental, etc).

6.4 – Protocolo de PEWS

A escala de PEWS - Pediatric Early Warning Score (quadro 4), é utilizada em clientes pediátricos, cuja finalidade é o reconhecimento precoce dos sinais fisiológicos alterados; tornando-se fator decisivo para a sobrevida e bom prognóstico. A classificação é determinada através de um sistema de pontuação de medidas fisiológicas obtidas no momento da admissão e em momentos de monitorização regular durante a permanência no setor. A soma dos scores obtidos através da escala norteará os riscos e as possíveis condutas a serem prestadas àquele cliente.

Critérios de inclusão: pacientes com idade entre 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias, que estejam internados, sejam eles cirúrgicos ou clínicos.

Critérios de exclusão: excluem-se os pacientes em cuidados paliativos, gestantes puérperas e pacientes adultos fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Quadro 4. Escore de Alerta Precoce PEWS - Pediatric Early Warning Score

TABELA 4. ESCALA DE PEWS (0 a 6 pontos)				
Parâmetro	0 Pontos	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos
Comportamento	Brincando / ativo	Sonolento, acorda fácil	Irritável / inconsolável	Resposta reduzida / inconsciente
Respiração	Normal, sem retrações	Taquipneia leve	Taquipneia moderada	Insuficiência grave / apneia
Esforço Respiratório	Nenhum	Leve	Moderado	Grave (gemência, BAN, retrações acentuadas)
SpO ₂	≥95% sem O ₂	90–94% sem O ₂	<90% sem O ₂ ou ≥95% com O ₂	<90% com O ₂
Frequência Cardíaca	Normal p/ idade	Leve taquicardia	Taquicardia acentuada	Bradycardia
Perfusão/TEC	≤2 s	3 s	4 s	≥5 s
PAS	Normal p/ idade	–10% do lim. inf.	–20% do lim. inf.	–30% ou hipotensão grave
Diurese	Normal	Leve redução	Oligúria	Anúria
Escore Total	Classificação	Cor	Conduta Recomendada	Tempo Limite
0 a 2	Estável	Verde	Monitorar conforme rotina	6:00
3 a 4	Risco Moderado	Amarelo	Comunicar médico e reavaliar	0:30
5 a 6	Risco Alto	Laranja	Acionar médico imediatamente	0:15
≥7	Emergência	Vermelho	Acionar equipe de emergência	0:00

A escala de PEWS é calculada para cada paciente, empregando os cinco parâmetros vitais ou fisiológicos: comportamento verificador de nível de consciência; parâmetro cardiovascular: tempo de enchimento capilar (TEC), frequência cardíaca (FC); frequência respiratória (FR); eliminações. Os valores de estratificação (Quadro 5) determinam o nível de intervenção para atuação da equipe de enfermagem.

Quadro 5. Estrato de Risco na Deterioração Clínica

ESCORE DE PEWS	REAValiaÇÃO	CONDUTAS
0 PONTOS	6 horas	Manter rotina do setor
1 a 4 pontos	4 horas	Intervenção 1 Comunicar enfermeiro (a)
5 a 6 pontos	1 hora	Intervenção 2 Avaliação do enfermeiro (a) necessária Solicitar avaliação médica entre 1 a 2 horas
7 a 9 pontos	30 minutos	Intervenção 3 Avaliação do enfermeiro (a) necessária Avaliação médica necessária
≥ 10 pontos	Monitorização constante	Intervenção 4 Avaliação médica imediata Risco iminente de morte

Quadro 5A – Classificação de Risco PEWS

Score de PEWS	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Moderado	Risco Elevado
	PEWS ≤ 4	PEWS = 5 ≤ 6	PEWS = 7 ≤ 9	PEWS ≥ 10
Rotina de SSVV	Verificar 4/4h	Verificar de 1/1h	Verificar de 30/30 minutos	Monitorização contínua
Conduta	Intervenção 1	Avaliação médica em até 2 horas + Intervenção 2	Acionar Código Amarelo + Intervenção 3	Transferência para UTI e Intervenção 4

Quadro 5B – Assistência de Enfermagem por tipo de intervenção recomendada.

Intervenção	Assistência
Intervenção 1	Controle de sinais vitais de 4/4 horas; Estimular deambulação quando possível; Estimular ingesta alimentar e hídrica conforme prescrição médica; Identificar necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo. Comunicar o Enfermeiro.
Intervenção 2	Manter a intervenção 1. Avaliar os sinais vitais e o escore de NEWS de quatro em quatro horas (4/4 h); Manter vias aéreas desobstruídas; Posicionar paciente em posição semi foley (45°), desde que não haja restrição; Avaliar a permeabilidade de acessos venosos; Administrar medicamentos conforme prescrição médica; Verificar glicemia capilar e monitorar uma hora após, em caso de suplementação. Avaliação pediátrica em no máximo 2h.
Intervenção 3	Manter intervenção 2 Solicitar avaliação do pediatra Avaliar o escore de PEWS a cada 30 minutos, até melhora dos sinais. Realizar balanço hídrico; Atentar para os níveis de eletrólitos séricos em conjunto com a equipe médica; Monitorar manifestações do Sistema Nervoso Central (SNC) – como: dor de cabeça, tontura, atividade mental diminuída, convulsões e coma; Oferecer oxigenoterapia conforme prescrição médica, atentando para o melhor dispositivo (Cateter nasal, máscara de venturi ou máscara não reinalante); Puncionar ou manter acesso calibroso; Monitorar a ocorrência de manifestações cardiopulmonares (p. ex., hipotensão, hipóxia, arritmias e taquipneia, pulso fino e taquicárdico); Avaliar o déficit ou excesso de líquido extracelular (desidratação- sinal de prega desaparece muito lentamente, ≥2 segundos; Edema- sinal de Godet, cacifo graduação do edema em 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm) e 4+(8mm), conforme a profundidade do cacifo); Promover o conforto ao paciente e seus familiares; Manter carrinho de emergências, sistema de aspiração a vácuo, e materiais para acesso de vias aéreas superior artificial próximo ao leito.
Intervenção 4	Manter intervenção 3; Acionar médico (pediatra, caso não esteja presente e Manter paciente sobre monitorização multiparâmetros (Pressão, FC, FR, Sat O ²);

6.5. PROTOCOLO DE MEOWS

O Escore de Alerta Precoce Materno (MEOWS) será uma das medidas utilizadas para o reconhecimento de gestantes sob risco de deterioração clínica. Se dois (2) Alertas Amarelo ou um (1) Alerta Vermelho (Quadro 5), o médico obstetra de sobreaviso deverá ser comunicado/acionado imediatamente, para avaliação e definição de conduta.

A equipe assistencial deverá aumentar a vigilância dos sinais vitais e implementar cuidados iniciais, com adequação à criticidade do caso, mantendo-se junto ao cliente até a chegada do médico plantonista;

Em deterioração de pacientes obstétricos o enfermeiro assistencial deverá acionar o médico obstétrico de sobreaviso. Em emergências que o atraso de intervenção médica seja um risco para manutenção da vida da paciente, o médico do TRR ou o plantonista do Acolhimento poderá ser acionado para prestar os primeiros atendimentos até a chegada do médico obstetra.

As clientes com prognóstico e/ou propostas terapêuticas limitadas, previamente identificados poderão ser incluídos no atendimento do código amarelo, quando o objetivo for a promoção de conforto, ou para a constatação do óbito e comunicação aos familiares, na ausência do médico assistente.

Critérios de inclusão: pacientes obstétricas e puérperas, que estejam internadas.

Critérios de exclusão: excluem-se os pacientes em cuidados paliativos ou pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Quadro 6. Escore de Alerta Precoce Obstétrico Modificado MEOWS-Modifield Early Obstetric Warning Score.

ESCORE	3 PONTOS	2 PONTOS	1 PONTO	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
PAS (mmHg)	≤ 79	80 - 89	90 - 99	100 - 139	140 - 149	150 - 159	≥ 160
PAD (mmHg)	-	-	-	60 - 90	91 - 100	101 - 110	≥ 111
FC (bpm)	≤ 39	40 - 49	50 - 59	60 - 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110
FR (rpm)	-	≤ 8	9 - 11	12 - 20	21 - 24	≥ 25	-
Temperatura	-	≤ 34.9 °C	35°C - 35.9°C	36°C - 37.4°C	37.1°C - 37.9°C	≥ 38°C	-
SpO2	≤ 91	92 - 93	-	≥ 96	94 - 95	-	-
Dor	-	-	Leve	Ausente	-	Moderada	Intensa
Nível de Consciência	Inconsciente	Responde a dor	Resposta a estímulo verbal	Alerta	-	-	-
Lóquios	-	-	-	Normal	-	-	Anormal

Fonte. Adaptado de Olino et. Al. (2019).

Quando há anormalidades nos parâmetros fisiológicos tais como: pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, frequência respiratória, estado geral e loquiação, identificados através das regiões amarela/vermelha, evidenciam um aumento do risco de morbimortalidade materna de 6 a 7 vezes e de 2 a 3 vezes quando estas anormalidades ocorrem na frequência cardíaca e temperatura. Os valores de estratificação (Quadro 6) determinam o nível de intervenção para atuação da equipe de enfermagem.

Quadro 7 - Intervenções de Risco na Deterioração Clínica

ESCORE DE MEOWS	REAValiaÇÃO	CONDUTAS
≤ 2 pontos	6 horas	Intervenção 1 Manter rotina de tratamento
3 a 4 pontos	4 horas	Intervenção 2 Avaliação do enfermeiro (a) Comunicar médico Obstetra
5 a 6 pontos	1 hora	Intervenção 3 Avaliação do enfermeiro (a) Avaliação médica necessária
≥ 7 pontos	Monitorização constante	Intervenção 4 Risco Iminente de morte Avaliação médica imediata

Fonte. Adaptado de Olino et. Al. (2019).

Quadro 8 – Classificação do Risco de MEOWS

Score de MEOWS	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Moderado	Risco Elevado
	MEOWS ≤ 4	MEOWS = 5 ≤ 6	MEOWS = 7 ≤ 9	MEOWS ≥ 10
Rotina de SSVV	Verificar 6/6h	Verificar de 4/4h	Verificar de 1/1h	Monitorização contínua
Conduta	Intervenção 1	Intervenção 2	Intervenção 3	Avaliação do Médico Obstetra e Intervenção 4

A informação sobre o evento gatilho deverá ser feita de forma assertiva e completa a fim de evitar eventos adversos. Para isso, deve-se utilizar a ferramenta SBAR: situação, histórico, avaliação e recomendação, um modelo estruturado para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição de um paciente e/ou a deterioração dos sinais clínicos do paciente com linguagem crítica e conscientização, o que promove a otimização do cuidado.

Neste sentido, possuindo conhecimento sobre as necessidades prioritárias das pacientes, as ações que irão constituir as intervenções realizadas pela equipe devem ser pautadas na cientificidade e instituída de forma sistemática. As necessárias ao momento, conforme sinalizado no quadro acima, estão detalhadas abaixo:

INTERVENÇÃO 1

- Estimular a deambulação;
- Estimular a ingestão de líquidos e dieta conforme prescrição médica e orientações da nutrição;
- Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo;
- Estimular o autocuidado;
- Verificar sinais vitais de seis em seis horas;

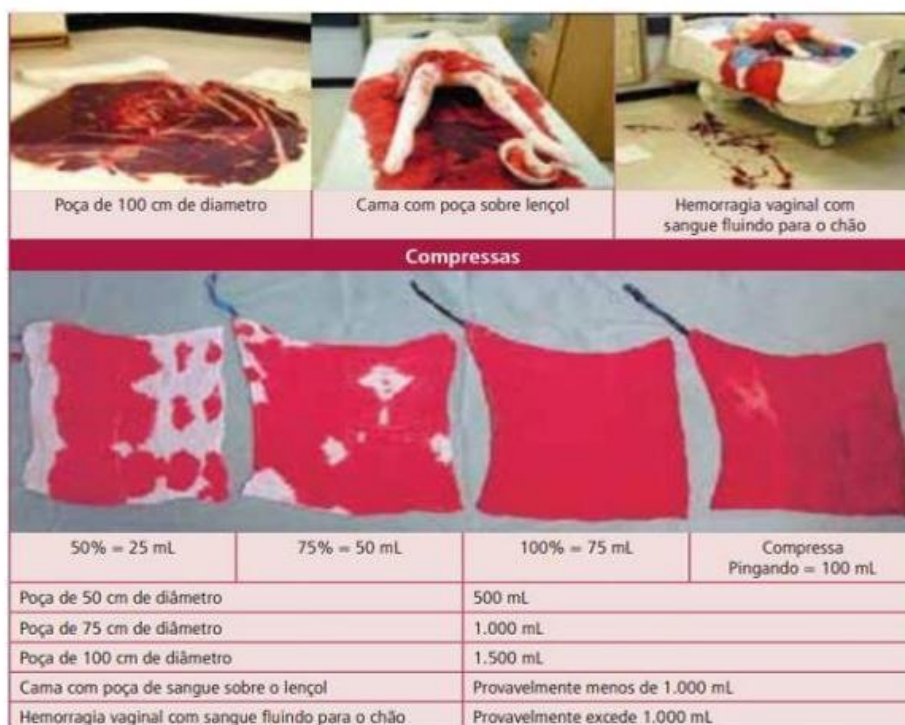
Durante o trabalho de parto:

- Incentivar a parturiente a adotar posições verticalizadas, lateralizada ou semisentada, sempre respeitando a sua opção de escolha;
- Oferecer recurso não farmacológicos para alívio da dor;
- Apoiar a realização de puxos espontâneos, evitando puxos dirigidos;
- Considerar aplicação de compressas mornas no períneo e a realização de massagem perineal;
- Observar sangramentos vaginais e outras queixas da parturiente;

Puerpério Imediato e Tardio:

- Incentivar amamentação idealmente na primeira hora de vida;
- Observar o sangramento (Perda maior que 500 mililitros - mL de sangue pode representar risco de choque hipovolêmico, atentando para nível de consciência e orientação);
- Aferir e anotar sinais vitais, sangramento transvaginal, involução uterina e formação do globo de segurança de Pinard a cada 30 minutos após o parto, durante as duas primeiras horas;
- Avaliar o índice de choque ($FC/PA \text{ Sistólica} \geq 0,9$ quadro grave);
- Determinar a relação do fundo uterino com a cicatriz umbilical, colocando-se uma mão suavemente no segmento inferior do útero para dar apoio e os dedos da outra mão são colocados na parte superior (fundo do útero), a altura é determinada por meio dos dedos registrando se está acima ou abaixo da cicatriz umbilical.

Figura 1 – Estimativa visual de sangramento e perda volêmica



Fonte: OPAS, recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. 2018.

Não ofertar fralda devido risco de erro na estimativa visual do sangramento. Oferecer absorvente (Inicialmente o fluxo é sanguíneo (lochia rubra) de volume variável, normalmente não ultrapassando o de um fluxo menstrual, o odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando da ocorrência de infecção).

INTERVENÇÃO 2

- Avaliar o escore de MEOWS de 4 quatro em quatro horas, até melhora dos sinais;
- Avaliação do enfermeiro (a) assistente
- Avaliar o índice de choque ($FC/PAS \geq 0,9$ quadro grave);
- Manter vias aéreas desobstruídas;
- Posicionar paciente em posição semi foley (45°)
- Avaliar a permeabilidade de acesso venoso;
- Administrar antitérmico conforme prescrição médica em caso de febre $\geq 38^{\circ}C$
- Administrar medidas não farmacológicas para controle da febre

- Administrar hipotensores conforme prescrição médica;
- Comunicar médico obstetra
- Verificar glicemia capilar;
- Verificar glicemia 1 hora após resgate

INTERVENÇÃO 3

- Manter intervenção 2
- Solicitar avaliação do médico obstétrica;
- Avaliar o escore de MEOWS de hora em hora até melhora dos sinais;
- Avaliar o índice de choque (FC/ PA sistólica $\geq 0,9$ quadro grave);
- Realizar balanço hídrico;
- Monitorar ao volume urinário (Atentar para volume urinário de 0,5ml de diurese por quilo ou volumes inferiores a 30 ml/hora), aspectos e concentração da urina;
- Monitorizar padrão respiratório e a presença de fadiga respiratória;
- Oferecer oxigenoterapia por Máscara de Venturi ou Máscara não reinalante, 8 l/min;
- Puncionar ou manter dois acessos calibroso com jelco $\geq$ n° 18;
- Checar carrinho de emergência, sistemas de aspiração a vácuo, e materiais para acesso de via aérea superior artificial;
- Manter paciente em trendelemburg, se sangramento uterino aumentado.

INTERVENÇÃO 4

- Manter intervenção 3
- Manter paciente sobre monitorização multiparâmetros (Pressão, FC, FR, Sat O²);
- Solicitar avaliação do médico obstetra;
- Instituir precauções contra convulsões;
- Monitorar manifestações do sistema nervoso central (SNC) (p. ex., dor de cabeça, tontura, atividade mental diminuída, convulsões e coma);

- Monitorar a ocorrência de manifestações cardiopulmonares (ex: hipotensão, hipóxia, arritmias e respiração Kussmaul-Kien, pulso fino e taquicárdico);
- Avaliar o déficit ou excesso de líquido extracelular (desidratação- sinal de prega desaparece muito lentamente, ≥ 2 segundos; Edema- sinal de Godet, cacifo graduação do edema em 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm) e 4+(8mm), conforme a profundidade do cacifo).
- Monitorar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares (Ex.: convulsões, confusão mental, coma, e reflexos hiperativos); • Monitorar indícios de insuficiência respiratória iminente (Ex.: nível baixo de PaO_2 , fadiga da musculatura respiratória, baixo nível da SaO_2);
- Avaliar perfusão tissular periférica (Tempo de Reenchimento Capilar-TRC, superior a dois segundos); Atentar para sinais de choque (Aumento da FC, diminuição da Pressão Arterial hipotensão arterial ($\text{PAS} < 90$ ou $\text{PAM} < 65$), Oliguria, taquipneia, perda de consciência ou confusão mental etc.).

O MEOWS deve ser realizado e registrado assim que a gestante passar pelo acolhimento com classificação de risco e ser contínuo nos diferentes ambientes em que receber atendimento, nas diferentes fases do seu ciclo gravídico-puerperal: pré-parto, pós-parto.

Quanto mais alterações nas normalidades fisiológicas houver na mulher maior será seu escore, o que irá levar a sequência de intervenções profissionais, conforme seu estadiamento de risco.

NOTA: Em caso de hemorragia após o parto, o kit de emergência deve ser retirado na farmácia mediante solicitação por meio do formulário próprio (Rastreabilidade da Maleta de Hemorragia Pós-Parto).

Os “gatilhos” indicam a frequência com o monitoramento deve ser realizado e o momento em que deve haver a assistência de um enfermeiro/médico a paciente, conforme representado no QUADRO 6, isto evita uma deterioração fisiológica precoce ou avanço dela. A avaliação de MEOWS é realizada durante o período de internação da paciente e as avaliações subsequentes seguem os critérios de estratificação aferido. Após alta o binômio mãe e RN é orientado a procurar a atenção primária para consulta de rotina.

6.6 - Acionamento do Código Azul – Parada Cardiorrespiratória

Para facilitar o atendimento a PCR de forma segura, utiliza-se a nomenclatura internacionalmente conhecida como “código Azul”. No Hospital o acionamento do Código Azul pode ser feito via rádio de comunicação pelo rádio, ou via ligação, citando a frase: Médico do TRR, CÓDIGO AZUL, SETOR X, LOCAL X. Após esse acionamento, o médico tem até 3 minutos para chegar ao local da ocorrência.

Acionamento do Código Azul não se aplica para o atendimento de pacientes internados nas áreas críticas (Unidade de Terapia Intensiva, Acolhimento, Centro Cirúrgico – CC)

Atribuições do Time de Resposta Rápida

- ✓ Atendimento a CÓDIGO AMARELO e CÓDIGO AZUL, nas áreas determinadas acompanhando o paciente até a transferência para a UTI ou Sala de Emergência do Pronto Socorro.
- ✓ Orientação nos casos de falsos códigos amarelos e/ou azuis, exercendo o papel de educador para promover a adesão aos sinais de alerta e motivar o acionamento do código
- ✓ Passagem de plantão do Rádio de Comunicação pelo médico TRR que portam o rádio, avisando com antecedência caso haja falta e sendo redirecionado rádio para o outro médico.
- ✓ Treinar toda a equipe multiprofissional do HRAS (profissionais e não profissionais de saúde), voltado para o atendimento a Parada Cardiorrespiratório, conforme cronograma pré-estabelecido com a coordenação do TRR.
- ✓ Participar/conduzir as análises críticas dos indicadores gerados pelos atendimentos do médico do TRR.
- ✓ Reuniões mensais nos primeiros 6 meses e sempre que se fizer necessário, após as reuniões serão bimensais com os médicos que compõem o TRR, para análise dos atendimentos realizados, críticas e sugestões e análises de indicadores.
- ✓ Registros do Atendimento do TRR
- ✓ Imediatamente após o atendimento pelo médico do TRR, o enfermeiro (a) do setor deverá fazer o registro de atendimento da seguinte forma: preencher o formulário específico - Ficha de atendimento – Código Amarelo e Código Azul, o médico responsável pelo atendimento deverá realizar o preenchimento do formulário deve ser em duas vias, anexar uma via à pasta de adesão ao Protocolo de PCR que fica junto ao carrinho de parada.

Situações Especiais de Urgência/ Emergência

Abaixo, segue quadro comparativo entre as unidades e sinais de alerta para acionamento de código amarelo e azul.

Quadro 9 – Acionamento dos Códigos por unidade

Setor	Público-Alvo	Sinais e sintomas	Conduta	Acionamento (Radio ou Ramal Sala Vermelha)	Primeiro Atendimento
Unidade de Internação	Pacientes Clínicos, Cirúrgicos, Pediátricos e Obstétricos	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Vertigem, astenia, desmaio, convulsão, dor intensa, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Atenção médico do TRR, Código Amarelo Clínica X, Enfermaria Y, Leito Z.	Equipe de Enfermagem do setor e médico do TRR
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Atenção médico do TRR, Código Azul Clínica X, Enfermaria Y, Leito Z.	Equipe de Enfermagem do setor, fisioterapeuta do setor e médico do TRR
Ambulatório de Especialidades	Pacientes Externos (adultos e pediátricos) e Acompanhantes	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Desconforto respiratório, dor torácica, alteração aguda do nível de consciência, convulsão, síncope, déficit neurológico agudo, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Código Amarelo, Ambulatório de Especialidades	Médico da Sala Vermelha fará o primeiro atendimento e se necessário, será encaminhado para abertura de ficha no Pronto Socorro, conforme rotina da unidade.
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Código Azul, Ambulatório de Especialidades	Equipe do setor (Enfermagem e Médico)/ Posteriormente médico TRR
Radiodiagnóstico Imagem/ Métodos Endoscópicos	Pacientes Externos (adultos e pediátricos) e Acompanhantes	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Desconforto respiratório, alergia ao contraste, dor torácica, alteração aguda do nível de consciência, convulsão, síncope, déficit neurológico agudo, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Código Amarelo, Setor de Imagens	Médico da Sala Vermelha fará o primeiro atendimento e se necessário, será encaminhado para abertura de ficha no Pronto Socorro, conforme rotina da unidade.
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Código Azul, Setor de Imagens	Equipe do setor (Enfermagem e Médico Endoscopista)/ Posteriormente médico TRR
Coleta do Laboratórios	Pacientes Externos (adultos e pediátricos) e Acompanhantes	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Desconforto respiratório, e, dor torácica, alteração aguda do nível de consciência, convulsão, síncope, déficit neurológico agudo, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Código Amarelo, Setor Coleta do Laboratório	Médico da Sala Vermelha ou do Acolhimento fará o primeiro atendimento e se necessário, será encaminhado para abertura de ficha no Pronto Socorro, conforme rotina da unidade.
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Código Azul, Setor Coleta do Laboratório	Equipe de enfermagem do setor e Equipe do Acolhimento (acionar via telefone)/ Posteriormente médico TRR
Métodos Gráficos	Pacientes Externos (adultos e pediátricos) e Acompanhantes	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Desconforto respiratório, e, dor torácica, alteração aguda do nível de consciência, convulsão, síncope, déficit neurológico agudo, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Código Amarelo, Setor Métodos Gráficos	Médico da Sala Vermelha primeiro atendimento e se necessário, será encaminhado para abertura de ficha no Pronto Socorro, conforme rotina da unidade.
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Código Azul, Setor Métodos Gráficos	Equipe de enfermagem do setor e Equipe do Acolhimento (acionar via telefone)/ Posteriormente médico TRR

Setor	Público-Alvo	Sinais e sintomas	Conduta	Acionamento (Radio ou Ramal Sala Vermelha)	Primeiro Atendimento
Terapia Renal Substitutiva	Pacientes para tratamento de terapia renal substitutiva.	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Hipotensão, hipertensão, precordialgia, hipoglicemia severa, edema agudo de pulmão, rompimento da fístula Desconforto respiratório, e, dor torácica, alteração aguda do nível de consciência, convulsão, síncope, déficit neurológico agudo, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Código Amarelo, Setor Hemodiálise	Médico Nefrologista, desconectar o paciente da máquina, manter acesso vascular e encaminhar o paciente para sala de emergência. Se necessário, será encaminhado para abertura de ficha no Pronto Socorro, conforme rotina da unidade.
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Código Azul, Setor Hemodiálise	Equipe de enfermagem do setor e Médico Nefrologista/ Posteriormente médico TRR
Fisioterapia	Pacientes clínicos, ambulatoriais, críticos e em pós-operatório	Sinais de deterioração/ Sinais de urgência: Febre, hipotensão, hipertensão, precordialgia, dor torácica, alteração aguda do nível de consciência, convulsão, síncope, déficit neurológico agudo, queda, sangramento ou outras situações que causem preocupação da equipe multiprofissional	Acionar código Amarelo	Código Amarelo, Ambulatório de Fisioterapia	Fisioterapeuta encaminha o paciente para sala de acolhimento. Se necessário, será encaminhado para abertura de ficha no Pronto Socorro, conforme rotina da unidade.
		Sinais de PCR: Ausência de consciência, ausência de pulso e ausência de respiração ou respiração em <i>gasping</i>	Acionar código Azul	Código Azul, Ambulatório de Fisioterapia	Equipe de enfermagem e Médico do setor de acolhimento/ Posteriormente médico TRR

Caso seja necessária a transferência do paciente para a UTI, após a avaliação e pedido de vaga pelo médico, deve-se contatar o Núcleo Interno de Regulação - NIR para solicitação de leito, conforme o fluxo desta instituição, e providenciar a transferência do paciente, conforme transporte intra e inter hospitalar.

7. Resultados esperados e indicadores

- ✓ Taxa de adesão ao Protocolo de Deterioração Clínica – meta 100 % de adesão
- ✓ Tempo médio de resposta entre identificação e Primeira Intervenção – meta: 100% em até 5 minutos para Código Amarelo e até 3 minutos para Código Azul
- ✓ Desfecho clínico em 24h após abertura do Protocolo – permanência do paciente internado, alta ou óbito.

8. Plano de implantação:

Etapa 1: Sensibilização e Capacitação (Nov–Dez/2025).

Etapa 2: Padronização de Impressos (Dez/2025).

Etapa 3: Implantação Piloto (Jan /2026).

Etapa 4: Avaliação e Ajustes (Fev/2026).

Etapa 5: Expansão Institucional (Fev/2026).

9. Notas importantes

- ✓ Registrar todas as intercorrências.
- ✓ Tempo máximo de resposta Código Amarelo: 5 minutos.
- ✓ Tempo máximo de resposta Código Azul: 3 minutos
- ✓ Comunicação SBAR obrigatória.
- ✓ Pacientes paliativos: foco em conforto e dignidade
- ✓ Pontos de atenção:

Situação / Etapa	O que fazer	Quem faz	Como fazer (método / referência)
1. Identificação de sinais de deterioração clínica	Observar e reconhecer sinais precoces de instabilidade clínica (FC, FR, PA, saturação, consciência, dor, palidez, sudorese).	Técnico e enfermeiro da unidade.	Aplicar escore (NEWS/PEWS/MEOWS) e registrar no prontuário. Se escore ≥ 5 ou alteração súbita, acionar TRR.
2. Acionamento do Time de Resposta Rápida (TRR)	Solicitar atendimento emergencial quando critérios de deterioração forem atingidos.	Enfermeiro da unidade.	Acionar via rádio 'Código Amarelo, setor da ocorrência'. Comunicar médico assistente e TRR.
3. Atendimento inicial	Garantir suporte vital imediato e segurança do paciente até a chegada do TRR.	Equipe de enfermagem do setor.	Afastar riscos ambientais, posicionar o paciente, monitorizar sinais vitais, abrir carro de emergência, iniciar suporte básico de vida.
4. Atendimento especializado / conduta médica	Avaliar e intervir conforme quadro clínico e protocolo (ventilação, drogas, transferência).	Médico (adulto, pediátrico ou obstétrico).	Realizar exame físico direcionado, definir tratamento imediato e encaminhar à UTI ou sala de emergência do pronto socorro, se necessário.
5. Comunicação e registro	Garantir registro fidedigno do evento e condutas.	Enfermagem e equipe médica.	Registrar escore aplicado, horário do acionamento, intervenções, resposta clínica e destino do paciente. Usar impresso institucional.
6. Pós-evento e monitoramento	Reavaliar, garantir estabilidade e registrar evolução.	TRR e equipe de origem.	Reavaliar parâmetros vitais e nível de consciência, manter observação contínua por 24h após o evento, documentar evolução e comunicar NSP.
7. Indicadores institucionais	Acompanhar desempenho e qualidade do protocolo.	Coordenação técnica e Núcleo de Segurança do Paciente.	Monitorar taxa de adesão ao protocolo, tempo médio de resposta e desfecho clínico em 24h.

10. Referências

1. CBMH, CONGRESSO BRASILEIRO DE MÉDICOS HOSPITALISTAS. Disponível em: <<http://www.hospitalistas.med.br/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2025.
2. CELESTINO, P. Nó de Normas. Notícias Hospitalares. Gestão de Saúde em Debate, vol. 4, n. 39, out. / nov. 2002.

3. GALVÃO, J. O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003.
4. IBSP, INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. Disponível em: Acesso em: 20 de outubro de 2025.
5. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do trabalho científico. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.
6. Intitute of Healthcare Improvement – Campanha 5 milhões de vidas – www.ihl.org AEHLERT, B. ACLS – Advanced Cardiac Life Support – 4° ed.; Elsevier; 2005-2010.
7. SOBRAMH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR. A Medicina Hospitalar. Disponível em: Acesso em: 25 de março de 2017.
8. CIPRIANO, E. S. V. et al. Implantação do Score de deterioração clínica (MEWS) em um hospital privado da cidade do Rio de Janeiro e seus respectivos resultados. Enfermagem Brasil, v. 17, n. 1, p. 34– 42, 3 abr. 2018.
9. HOLMBERG, M. J. et al. Annual Incidence of Adult and Pediatric In-Hospital Cardiac Arrest in the United States. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, v. 12, n. 7, jul. 2019. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005580.
10. OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180341, 2019.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE TEV

2.2.2.11. PROTOCOLO DE TEV

1.Introdução

O TEV é causa relevante de eventos adversos hospitalares e mortalidade evitável. A prevenção combinando avaliação estruturada de risco e medidas farmacológicas e/ou mecânicas reduz incidência, complicações e custos.

2.Revisão de literatura:

O tromboembolismo venoso (TEV), que compreende a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), é uma condição multifatorial e potencialmente fatal, com alta incidência em pacientes hospitalizados e na comunidade.

Estima-se que o TEV seja a terceira causa mais comum de mortalidade cardiovascular, após o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. A fisiopatologia envolve o desequilíbrio entre os componentes da tríade de Virchow — estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade — resultando na formação de trombos que podem migrar para a circulação pulmonar.

Diretrizes recomendam avaliar sistematicamente o risco de TEV e sangramento e **ofertar profilaxia farmacológica** a pacientes em que o benefício supere o risco; a **profilaxia mecânica** (p. ex., compressão pneumática intermitente) é indicada quando a farmacológica é contraindicada. Atualizações sinalizam que a combinação de métodos deve ser reservada a situações específicas e que a substituição de métodos mecânicos por farmacológicos (ou vice-versa) não é universal, devendo seguir o perfil de risco.

O manejo do tromboembolismo venoso deve ser baseado em protocolos institucionais alinhados às evidências internacionais, garantindo diagnóstico precoce, estratificação de risco e terapêutica adequada. A padronização das condutas clínicas e o uso racional de anticoagulantes são determinantes para reduzir complicações, recidivas e mortalidade associada ao TEV.

3.Objetivo(s):

O protocolo visa direcionar os profissionais para prevenir sistematicamente os riscos de tromboembolismo venoso TEV (tromboembolismo pulmonar TEP e trombose venosa profunda TVP), por meio de detecção precoce do risco e prescrição da profilaxia mais adequada com base nas diretrizes atuais, inserido pacientes clínicos, cirúrgicos com idade maior ou igual 15 anos que estejam hospitalizados

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- ✓ Compressor pneumático de membros inferiores
- ✓ Meias antitrombóticas
- ✓ Quimioprofilaxia

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro:

- ✓ Classifica o risco (Score de Pádua, Score de Rogers e de Caprini)
- ✓ Comunica o médico do paciente o risco alto para prescrição de profilaxia
- ✓ Estabelece plano de cuidados assistencial (prescrição de enfermagem)
- ✓ Realiza exame físico diário com avaliação da perfusão periférica
- ✓ Reavalia diariamente o risco

Médico:

- ✓ Confirma classificação de risco
- ✓ Analisa profilaxia descrita no protocolo
- ✓ Realiza prescrição de compressor, meias antitrombóticas e/ou quimioprofilaxia medicamentosa
- ✓ Reclassifica risco
- ✓ Avalia condições clínicas diariamente
- ✓ Suspende ou amplia profilaxia.

Fisioterapeuta:

- ✓ Avalia pacientes classificados com risco moderado e alto de TEV
- ✓ Realiza prescrição de fisioterapia
- ✓ Realiza diário de caminhada diário com meta de 250 metros/dia
- ✓ Registro diário e evolução

Auxiliar/ Técnico de Enfermagem:

- ✓ Executa as medidas de prevenção para TEV de acordo com a prescrição médica.
- ✓ Realizar registro de informações relativas a início da terapêutica, para pacientes em uso de compressor pneumático intermitente;
- ✓ Registrar momento de retirada do dispositivo pelo médico e/ou fisioterapia;
- ✓ Aplicar as meias compressivas em MMII;
- ✓ Comunicar ao enfermeiro relatos de dor em MMII dos pacientes, bem como a presença de alterações de coloração de extremidades de MMII.

6. Atividades

Classificação do risco de TEV

Critérios de Inclusão

Pacientes internado clínicos, cirúrgicos com idade maior ou igual à 15 anos internados no Hospital Regional Dr. José Simone Netto

Critérios de Exclusão

Pacientes internados com idade inferior a 15 anos e tempo de internação inferior a 24h.

Pacientes Clínicos

Pacientes Clínicos			
Avaliação	Reavaliação	Responsável	Escore para classificação
primeiras 24h	a cada 24h	Enfermeiro	Pádua

Pontos de Atenção:

Selecionar fator de risco e somar total de pontos ao final

Pacientes que internam como clínico e evoluem para cirurgia, precisam ser reclassificados como cirúrgicos;

Pacientes com idade menor ou igual a 40 anos com mobilidade física reduzida + fator de risco, devem ser reclassificados como alto risco;

Quando houver alteração na classificação para “ALTO RISCO” a equipe assistencial (Médico + Fisioterapeuta + Enfermagem) devem ser comunicados para inserção de medidas profiláticas.

Tabela 1 – Escore de Pádua

Fator de Risco	Pontos
Câncer ativo (tratamento em curso, nos últimos 6 meses ou paliativo)	3
História prévia de TEV (TVP ou TEP)	3
Redução de mobilidade (≥ 3 dias)	3
Trombofilia conhecida	3
Trauma e/ou cirurgia recente (≤ 1 mês)	2
Idade ≥ 70 anos	1
Insuficiência cardíaca e/ou respiratória	1
Infarto agudo do miocárdio ou AVC isquêmico recente	1
Infecção aguda e/ou doença reumática aguda	1
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)	1
Uso atual de hormonioterapia (ex: estrogênios)	1

Tabela 2 – Conduta recomendação frente ao risco classificado

Pontuação Total	Classificação do Risco	Conduta Recomendada
≥ 4 pontos	Alto risco	Profilaxia farmacológica (ex: heparina de baixo peso molecular) ou mecânica, se houver contraindicação à farmacológica
< 4 pontos	Baixo risco	Deambulação precoce e medidas gerais (não requer profilaxia farmacológica rotineira)

Pacientes Cirúrgicos

Pacientes Cirúrgicos		
Classificação	Responsável	Score para classificação
Antes de ir para o CC	Enfermeiro	Score CAPRINI
Reclassificação	Responsável	Score para classificação
RPA	Anestesista	Score CAPRINI
Reavaliação	Responsável	Score para classificação
Diária - a cada 24h	Enfermeiro	Score CAPRINI

Pontos de atenção:

Assinalar os fatores de risco e realizar a soma total dos pontos para obter a classificação;

Pacientes cirúrgicos também deverão ser avaliados pelo cirurgião e/ou anestesista antes e após o procedimento cirúrgico, caso ocorra mudança do status.

A reclassificação do paciente referente ao tempo cirúrgico ou tipo de cirurgia deverá ocorrer nova classificação pela equipe de recuperação pós-anestésica (R.A).

A prescrição da profilaxia deverá ser realizada no pós-operatório imediato.

As reavaliações são realizadas pela equipe de enfermagem a cada 24h. O enfermeiro deverá comunicar equipe médica quando ocorrer alteração na classificação de risco do paciente.

Paciente cirúrgico permanece com classificação cirúrgica até alta hospitalar

Fator de Risco (Caprini)	Pontos
Idade 41–60 anos	1
Cirurgia menor (<45 min)	1
IMC > 25 kg/m ²	1
Edema de membros inferiores	1
Veias varicosas	1
Gravidez ou puerpério	1
Uso de anticoncepcional oral/terapia estrogênica	1
Sepse (< 1 mês)	1
Doença pulmonar grave incl. pneumonia (< 1 mês)	1
Função pulmonar anormal	1
IAM (< 1 mês)	1
ICC (< 1 mês)	1
Doença inflamatória intestinal	1
Paciente clínico restrito ao leito	1
Idade 61–74 anos	2
Artroscopia	2
Cirurgia maior aberta (>45 min)	2
Laparoscopia (>45 min)	2
Malignidade (câncer)	2
Confinado ao leito (>72 h)	2
Imobilização com gesso	2
Acesso venoso central	2
Idade ≥ 75 anos	3
Histórico pessoal de TEV	3
História familiar de TEV	3
Trombofilia: fator V Leiden, protrombina G20210A	3
Anticoagulante lúpico/anticardiolipina	3
Hiper-homocisteinemia	3
HIT prévia	3
Artroplastia eletiva de MMII	5
Fratura de quadril/pelve/perna	5
Trauma múltiplo	5
Lesão medular aguda (< 1 mês)	5
AVC (< 1 mês)	5

Tabela 3 – Score de CAPRINI

Tabela 4 – Conduta recomendada frente ao risco classificado

Pontuação Total	Estrato de Risco	Profilaxia (exemplos gerais)
0	Muito baixo	Deambulação precoce
1–2	Baixo	Compressor pneumático Intermittente + meia elástica + quimioprofilaxia baixa dose conforme procedimento
3–4	Alto	Quimioprofilaxia + profilaxia mecânica; considerar dose/tempo pelo tipo de cirurgia
≥ 5	Muito alto	Quimioprofilaxia + profilaxia mecânica; considerar profilaxia estendida em cirurgias abdominais/pélvicas oncológicas

Esquema de profilaxia conforme riscos identificados

A - Profilaxia Mecânica

Indicação:

Indicada aos pacientes com contraindicação ao uso da profilaxia farmacológica ou em associação a profilaxia farmacológica nos pacientes de risco moderado e alto.

Meias Elásticas de compressão gradual (MECG)

Compressor Pneumático de membros inferiores, mínimo de 18 horas dia (CPI)

Exercícios passivos e ativos com a fisioterapia motora para pernas, realizando deambulação de 250 metros (diário de caminhada).

Contraindicação profilaxia mecânica

Fratura exposta;

Infecção ou úlcera em membros inferiores;

Insuficiência Arterial periférica de membros inferiores;

Insuficiência cardíaca grave.

Tempo de uso da profilaxia (a partir da data da cirurgia)

Artroplastia total de quadril e fratura de quadril; 4 a 5 semanas;

Artroplastia total de joelho, mínimo de 10 dias;

Cirurgias oncológicas; 3 a 4 semanas;

Politrauma e TRM; até recuperação

Demais cirurgias: 7 a 10 dias.

Pontos de Atenção:

Pacientes clínicos, com internação por motivos clínicos, permanecem sob orientação do fluxo para prevenção de TEV como paciente clínico, mesmo que submetidos a exames diagnósticos com anestesia (colonoscopia, endoscopia, RNM ou TC);

Pacientes submetidos a passagem de cateteres e sondas, continua classificado como TEV clínico;

B - Profilaxia Farmacológica – Paciente Cirúrgico

A profilaxia cirúrgica deve ser determinada em conjunto com equipe cirúrgica, pois depende do cenário encontrado no centro cirúrgico.

Risco Alto: Enoxoparina 40mg S.C. 1 vez ao dia, HMF 5.000 UI SC 3 vezes ao dia, Dalteparina 5.000UI 1 vez ao dia ou Nadroparina 40 UI/Kg 1 vez ao dia 3 dias 61,4 UI/Kg 1 vez ao dia após, associar terapia não farmacológica. Levar em consideração facilidade posológica e ampla experiência da equipe.

Risco Intermediário: Enoxoparina 20mg SC 1 vez ao dia, HMF 5.000 UI SC 2 vezes ao dia, Dalteparina 2.500 UI 1 vez ao dia ou Nadroparina 3.075 UI 1 vez ao dia, associar terapia não farmacológica. Individualizar o tratamento com equipe assistente.

Risco Baixo, Muito Baixo: Deambulação precoce; fisioterapia.

Contraindicação ao uso de Heparina

Absolutas: Sangramento ativo; Hemorragia Cerebral Recente e/ ou Cirurgia Cerebral Recente.

Relativas: Sangramento recente (não intracraniano), Pericardite e/ou Derrame Pericárdico, Anticoagulação em uso atual, Reanimação Cardiopulmonar (RCP), Pressão Sistólica > 180mmHg e/ou Pressão Diastólica > 110mmHg.

Alternativas farmacológicas para profilaxia de TEV

1. Rivaroxabana (Xarelto) – Inibidor direto do fator Xa, vantagem por ser via oral.

Cirurgias eletivas de substituição total de quadril. Dose recomendada 10mg 1 vez ao dia 28 a 35 dias.

Cirurgias eletivas de prótese total de joelho. Dose recomendada: 10mg 1 vez ao dia por 10 dias.

Início do medicamento: 6 a 8 horas após o fechamento da incisão cirúrgica e após hemostasia adequada.

Contraindicações: não é recomendado para pacientes com clearance de creatinina < 15ml/min.

2. Etoxilato de dabigatran (Pradaxa) – Inibidor da trombina

Cirurgias eletivas de substituição de quadril – dose recomendada 1 cp. 110mg 1h a 4h após cirurgia, seguida de 2 cp 110mg 1 vez ao dia nas 24h seguintes por 28 a 35 dias.

Cirurgias eletivas de prótese total de joelho – dose recomendada: 1 cp. 110mg 1h a 4h após a cirurgia seguida de 2 cp 110mg 1 vez ao dia nas 24h seguintes por 10 a 14 dias.

Ajuste de dose: utilizar dose de 150mg/dia para pacientes > 75 anos, portadores de insuficiência renal moderada e uso concomitantemente de amiodarona, verapamil ou rifampicina. No dia da cirurgia administrar 1 cp. 75mg e nos dias seguintes 1 cp. 150mg.

Contraindicações:

Clearance de creatinina < 15ml/min., AVC hemorrágico nos últimos 06 meses, uso concomitante de cetoconazol sistêmico, insuficiência hepática moderada a grave.

A dabigatran não pode ser utilizada se houver a presença do cateter peridural para analgesia pós-operatória.

Não pode ser utilizada em pacientes em uso de cateter nasointestinal.

C - Profilaxia Farmacológica – Paciente Cirúrgico Cirurgias cardíacas, craniotomia, coluna e medula

Para procedimentos cirúrgicos de alto risco, como cirurgias cardíacas, craniotomias, intervenções na coluna e medula, recomenda-se avaliação criteriosa do paciente quanto ao risco de TEV. É fundamental considerar fatores individuais, como idade, função renal, histórico de

sangramento e uso de medicamentos concomitantes, para definir o esquema mais adequado de profilaxia farmacológica ou não farmacológica. Além disso, deve-se realizar o monitoramento contínuo do paciente durante o pós-operatório, ajustando a conduta conforme a evolução clínica e resposta ao tratamento.

D - Profilaxia Farmacológica – Paciente Clínicos

Risco Alto; Enoxoparina 40mg S.C. 1 vez ao dia ou HNF 5.000 UI SC 3 vezes ao dia, Dalteparina 5.000UI 1 vez ao dia, Nadroparina 3.800 UI (<70Kg) ou 5.700 (≥70Kg) ou Fondaparinux 2,5mg S.C. 1 vez ao dia. (facilidade posológica e ampla experiência da equipe), associado a terapia não farmacológica.

Risco Baixo; Deambulação precoce 250 metros com equipe de fisioterapia motora para pernas, exercícios passivos e ativos, meias elásticas, compressão pneumática intermitente (18h/dia), não sendo recomendado o uso de terapia farmacológica

7.Resultados esperados e indicadores

Prevenir complicações decorrentes de TEV

- ✓ Proporção de pacientes adultos com avaliação de risco nas primeiras 24h;
- ✓ Proporção de pacientes clínicos com indicação uso e acompanhamento da terapêutica;
- ✓ Proporção de pacientes cirúrgicos com indicação uso e acompanhamento da terapêutica;
- ✓ Taxa de adesão à profilaxia de TEV (cirúrgicas de altíssimo risco);
- ✓ Proporção de pacientes submetidos à cirurgia de altíssimo risco com prescrição de profilaxia na alta;
- ✓ Desfecho TEP/TVP em até 45 dias;

8.Plano de implantação:

Fase	Período	Ações
Fase 1 - Preparação	nov/25	Inventário de recursos
		Revisão de documentos existentes e adequação as melhores práticas
		Definição de indicadores (tempo até ECG, tempo de administração de AAS, tempo de decisão para reperfusão, % ECG dentro de 10 min).
Fase 2 - Capacitação	nov/25	Treinamento obrigatório para equipe de emergência sobre o fluxo, uso do carrinho de emergência, interpretação básica de ECG e critérios
		Simulações in loco (treinamentos práticos em cenário de dor torácica)
Fase 3 - Implementação	dez/25	Início formal do POP com monitoramento de indicadores.
		Reuniões semanais de melhoria nas primeiras 8 semanas.
		Revisão dos indicadores e auditorias de prontuário.

9. Notas importantes

Pacientes que irão realizar ressonância com utilização de sedação, independentemente do tempo, são classificados como clínicos;

Realização de Colonoscopia e Endoscopia entram como pacientes cirúrgicos, independentemente do local do exame ou biópsia.

Na realização de procedimento no setor Hemodinâmica os pacientes serão classificados como cirúrgicos;

Reinternação: pacientes altíssimo risco em caso de reinternação seguir as recomendações abaixo e classificar como paciente cirúrgico.

- ✓ Artroplastia total de quadril e fratura de quadril; 4 a 5 semanas;
- ✓ Artroplastia total de joelho, mínimo de 10 dias;
- ✓ Cirurgias oncológicas; 3 a 4 semanas;
- ✓ Politrauma e TRM; até recuperação
- ✓ Demais cirurgias: 7 a 10 dias. Os demais serão classificados conforme a patologia de entrada;

Na presença de paciente com patologias clínicas e cirúrgicas será levado em consideração a patologia de maior relevância para a classificação.

Intervenções de enfermagem: Ao verificar classificação de paciente com risco alto e moderado a equipe deve verificar tipo de meia adequada para utilização e/ou Compressão Pneumática Intermitente e está deve estar evidenciada nas intervenções de enfermagem.

10.Referências

GuattGH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schuunemann HJ; American College of Chest Physicians Antithrombotic Therap and Prevention of Thrombosis Pnel, Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest.2012 Feb.

Please cite this article as: Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, Huisman M, King CS, Morris T, Sood N, Stevens SM, Vintch JRE, Wells P, Woller SC, Moores CL, Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline, CHEST (2016), doi: 10.1016/j.chest.2015.11.026.

Malafaia O, Montagnini AL, Luchese A, Accetta AC, Zilberteín B, Malheiros CA, Jacob CE, Quireze-Junior C, Cláudio Bresciani JC, Krueí CDP, Cecconello I, Sad EF,

Ohana JAL, Aguilar- Nascimento JE, Manso JEF, Ribas-Filho JM, Santo MA, Andreollo NA, Torres OJM, Herman P, CuencaRM, Sallum RAA, Bernardo WM; Profilaxia de Tromboembolismo Venoso no Paciente Cirúrgico com Câncer do Aparelho Digestivo <http://amb.org.br/diretrizes/ DIRETRIZES/profilaxia de tromboembolismo venoso no paciente cirurgico com cancer do aparelho digestivo/files/assets/basic-html/page-9.html>. Acessado em 20/10/2025

Dong BR, Hao Q, Yue J, Wu T, Liu GJ. Thrombolytic therapy for pulmonary embolism. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(3):CD004437.

Cao Y, Zhao H, Gao W, Wang Y, Cao J. Systematic review and meta-analysis for thrombolysis treatment in patients with acute submassive pulmonary embolism. Patient preference and adherence. 2014;8:275-282.

European Guideline for perioeprative VTP. European Journal of Anaesthesiology: February 2018 - Volume 35 - Issue 2 - p 96-107.

American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. Blood Adv. 2019 Dec 10; 3(23): 3898–3944.

 INSTITUTO Mais Saúde	2.2.2.12. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2.2.2.13. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

1.Introdução

A violência sexual é uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública que gera repercussões físicas, emocionais, sociais e legais às vítimas. No Brasil, o atendimento a pessoas em situação de violência sexual é assegurado pelo **Sistema Único de Saúde (SUS)** e regulado por legislações específicas, como a **Lei nº 12.845/2013**, que garante atendimento emergencial, integral e multidisciplinar.

A implementação de protocolos assistenciais é essencial para assegurar cuidado humanizado, sigiloso e livre de julgamentos, além de prevenir agravos como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez indesejada e traumas psicológicos.

2.Revisão de literatura:

A literatura científica aponta que a violência sexual atinge principalmente mulheres, crianças e adolescentes, mas também afeta homens, idosos e pessoas em vulnerabilidade social. Estudos destacam que a subnotificação é elevada, reforçando a necessidade de acolhimento seguro e sem revitimização.

O **Ministério da Saúde**, em manuais como o *Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual* (2015), recomenda uma abordagem multiprofissional, com medidas de profilaxia para ISTs, contracepção de emergência, coleta de vestígios quando autorizado e encaminhamentos adequados. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** reforça a importância da escuta qualificada, do consentimento informado e do acompanhamento contínuo da vítima.

A integração entre saúde, segurança pública, assistência social e justiça é apontada como fundamental para ampliar a efetividade do atendimento e a proteção da vítima.

3.Objetivo(s):

- Prestar o melhor e mais sigiloso atendimento à vítima.
- Subsidiar os profissionais quanto à leis, fluxos, normas e protocolos oficiais.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Luvas de procedimentos
- Máscara
- Gorro

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Realizar acolhimento humanizado e escuta qualificada.
- Registrar a ocorrência em prontuário de forma sigilosa e ética.
- Orientar sobre medidas de prevenção, cuidados pós-atendimento e sinais de alerta.
- Auxiliar na coleta de vestígios, quando aplicável e autorizado.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Apoiar no acolhimento, coleta de exames e administração de medicações profiláticas.
- Manter sigilo, respeito e empatia em todas as etapas do atendimento.

Médicos:

- Realizar exame físico completo e cuidadoso.

- Prescrever profilaxias contra ISTs (HIV, hepatites virais, sífilis, gonorreia etc.).
- Prescrever contracepção de emergência, quando indicado.
- Emitir documentação legal (boletim médico, laudos) quando necessário.

Psicólogos:

- Oferecer suporte emocional imediato.
- Iniciar acompanhamento psicológico para prevenção de transtornos como depressão, ansiedade e TEPT.
- Orientar familiares e cuidadores quanto ao suporte emocional adequado.

Assistentes Sociais:

- Avaliar situação de vulnerabilidade e risco social.
- Encaminhar a vítima para serviços de proteção (CREAS, conselhos tutelares, casas-abrigo).
- Apoiar em processos legais e articulação com a rede de proteção social.

Farmacêuticos:

- Garantir a disponibilidade e orientação sobre uso correto de profilaxias medicamentosas.
- Apoiar a equipe no acompanhamento de possíveis interações medicamentosas.

Gestores e coordenação assistencial:

- Assegurar que a unidade de saúde tenha fluxos e insumos adequados para o atendimento.
- Promover capacitações periódicas da equipe.
- Garantir articulação intersetorial (saúde, segurança, justiça, assistência social).

6. Atividades:

A Organização Mundial de Saúde em seu Relatório sobre a Violência e Saúde (Krug, 2002) alerta os países a respeito da importância das violências no adoecimento e morte em especial das mulheres que sofrem violência seja ela física, sexual, psicológica, moral ou patrimonial.

De acordo com a Constituição Federal, com a Lei 8.080 de 1990 (Brasil, 1990), Lei Orgânica da Saúde, e com as demais políticas em desenvolvimento, a saúde é um direito fundamental do ser humano. Cabe ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo que o acesso às ações e aos serviços seja universal e igualitário.

Este protocolo, especificamente, prevê o atendimento às vítimas de violência SEXUAL, uma vez que contém fluxos de atendimento e profilaxias para tais casos.

Segundo consta no instrutivo de notificação de violência, considera-se violência como 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. (Krug, 2002). Segundo a Organização Mundial da saúde, há três grupos de quem comete o ato violento: violência contra si (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias), portanto, todos os casos de VIOLÊNCIA devem ser acolhidos e notificados pelos profissionais de saúde.

Em relação aos casos de violência contra a mulher, a Lei 11.340/2006 Inciso III, Art 7º Cap. II diz que: A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Está disponível o Formulário nacional de avaliação de risco violência doméstica e familiar contra a mulher: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/conteudo/arquivo/2019/07/ab16d15c52f36a7942da171e930432bd.pdf> que poderá ser preenchido oportunamente nas unidades de saúde para nortear o atendimento.

Para crianças e adolescentes é obrigatório realizar a ESCUTA ESPECIALIZADA. De acordo com a Lei 13.431 Art. 7: A escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade.

5.2 Premissas básicas para a atenção a violência

- Atenção focada nas demandas e necessidades da mulher.
- Atitude compreensiva e solidária.

- Escutar ativamente a vítima.
- Estabelecer um trato digno, respeitoso, neutro e empático.
- Expressar sua compreensão pela magnitude e transcendência.
- Não ser inquisitivo ou extremamente curioso.
- Evitar comentários, atitudes, juízos de valor ou ações que causem revitimização.
- Não restringir o atendimento a situação de emergência.
- Atuar sempre com os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

5.3 Acolhimento

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência.

Ele deve ser realizado pelo primeiro profissional de saúde que atender e ouvir a queixa, com a finalidade de não expor a vítima à repetição do fato. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

Deverá ser realizado por todos os profissionais de saúde, com postura profissional ética, prezando por princípios como o respeito à dignidade da pessoa, a privacidade, confidencialidade e sigilo; Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação e devem saber orientá-lo.

As vítimas de violência sexual devem ser informadas sobre seus direitos e todas as etapas que serão realizadas no atendimento, respeitando suas decisões sobre os procedimentos que poderão ser realizados, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

5.3.1 Etapas

Acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, registro e coleta de vestígios forenses, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, DST's e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência (SINAN), exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial.

3 situações:

- Atendimento imediato: até 5 (cinco) dias da Violência Sexual;
- Atendimento ambulatorial: após 5 (cinco) dias da Violência Sexual;

- Atendimento da mulher gestante decorrente de estupro.

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a Ficha de Notificação intitulada como “Violência Interpessoal /autoprovocada” (link: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf).

Para notificar, a definição de caso de violência corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.

Para violência extrafamiliar/comunitária, são considerados somente as contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. O instrutivo para preenchimento adequado da ficha se encontra no link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autopr_ovocada_2ed.pdf

A ficha de notificação, após preenchida, deverá ser enviada a Vigilância Epidemiológica para processamento e digitação adequada no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN).

A notificação destaca-se pela importância no papel estratégico do desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências

5.3.1.1 Pacientes que chegam imediatamente após a Violência Sexual (até 5 dias da violência):

O primeiro contato, seja ele no setor de emergência ou no ambulatório, é essencial para se garantir a confiança da vítima e adesão ao obrigatório seguimento. Pela natureza da ocorrência e das repercussões médicas e psicossociais, uma equipe multidisciplinar capacitada é o ideal em termos de uma assistência especializada.

Necessidades imediatas da mulher em situação de violência sexual:

- 1) Apoio Psicológico;
- 2) Registro de Informações e Coleta de Vestígios
- 3) Tratamento das lesões físicas genitais e extragenitais, se houver;
- 4) Prevenção contra a gravidez indesejada;
- 5) Profilaxia e tratamento precoce das DST's/HIV;
- 6) Informação e orientações legais sobre seus direitos;
- 7) Assistência social.

5.3.1.2 Quando a pessoa procura inicialmente o sistema de segurança pública:

O sistema de segurança registra todas as informações da ocorrência e a encaminha aos órgãos de medicina legal para a realização da perícia, que irá caracterizar o tipo de lesão encontrada e coletar os vestígios que podem auxiliar na identificação da autoria e materialização do crime. Em seguida a pessoa é encaminhada ao sistema de saúde para os cuidados pertinentes.

Caso haja uma situação de urgência ou emergência, a vítima é encaminhada pelo sistema de segurança inicialmente ao sistema de saúde.

5.3.1.3 Quando a pessoa procura inicialmente o sistema de saúde:

Se a pessoa não deseja registrar o boletim de ocorrência, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos.

Em todos os casos, a equipe de saúde deve orientar sobre a importância da pessoa registrar o boletim de ocorrência, pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do (a) agressor(a).

Os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que atuam de forma complementar e integrada.

Cabe ao médico tão-somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios, com o consentimento da mulher.

Se a mulher em situação de violência decidir posteriormente pelo registro policial, tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados.

Caso ela decida por fazer o Boletim de Ocorrência Policial, deve-se então após atenção médica (Profilaxias), preservar ao máximo as possíveis provas ou evidências do crime, evitando-se exames genitais, para imediatamente ser encaminhada a Delegacia mais próxima para elaboração do BO e encaminhamento imediato pelo Delegado para a realização do Exame de Corpo de Delito a ser realizado pelo perito no IML.

A decisão da mulher deverá sempre ser respeitada!

5.3.2 Atendimento Multiprofissional

5.3.2.1 Atribuições Gerais da Equipe Multidisciplinar no primeiro atendimento:

- Orientar as vítimas sobre a importância do registro do boletim de ocorrência;
- Reconhecer os sinais de violência não declarada;
- Acolher as mulheres, adolescentes e meninas em situação de violência sexual de forma humanizada sem preconceitos e juízos de valor;
- Garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito;

- Manter sigilo sobre as informações prestadas pela vítima ou pelo seu responsável, repassando a outro profissional ou outro serviço, apenas as informações necessárias para garantir o atendimento adequado;
- Ouvir atentamente o relato da situação, de forma a poder avaliar a possibilidade de risco de morte ou de repetição da violência sofrida.
- Avaliar e tratar lesões físicas e outras as condições médicas de emergência;
- Realizar os exames clínicos e a coleta de material com consentimento informado;
- Apresentar o Termo de Consentimento Informado, de modo a colher assinatura para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados;
- Respeitar a todo o momento a confidencialidade do caso;
- Solicitar os exames laboratoriais;
- Realizar a contracepção de emergência até 120 horas da violência sexual;
- Realizar profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B (ativa e passiva), com medidas específicas nas primeiras 72 horas, inclusive o formulário de dispensação de antirretrovirais;
- Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social;
- Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovoada, conforme Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014
- Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado; devendo constar, na Ficha de Atendimento Multiprofissional, a data e hora dos atendimentos, a história clínica e exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não e sua localização específica, descrição do relato da usuária, bem como das orientações fornecidas pelo(a) profissional e a identificação, de todos os(as) profissionais que atenderam a vítima;
- Garantir a referência para o seguimento/acompanhamento através de consultas pré-agendadas no Ambulatório de Violência Sexual;
- Nos casos de solicitação de interrupção legal da gestação, encaminhá-la imediatamente a Equipe Multiprofissional do Serviço de Violência Sexual para avaliação e os procedimentos médicos legais obrigatórios;

- Atentar que os registros das informações são necessários, não só para o acompanhamento da vítima como também para prováveis finalidades legais.

5.3.2.2 O enfermeiro no atendimento de emergência a vítima de violência sexual

A violência sexual é a manifestação de violência contra o ser humano que deve ser compreendido em seus aspectos sociais, culturais, históricos, políticos, econômicos e jurídicos, implicando no uso/abuso de poder para satisfação de um desejo sexual. (BRASIL, 2005).

O enfermeiro tem um importante papel no acolhimento dessas vítimas, pois são os primeiros profissionais a atender as mulheres nas emergências, proporcionando integração das ações da equipe multiprofissional.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional, garantindo a privacidade durante todo o seu acompanhamento e tratamento nas diversas unidades de internação que se fizer necessário.

Ações do Enfermeiro até o 5º dia após a violência sexual

Do acolhimento: Encaminhar a paciente para um consultório reservado, oferecer apoio sem julgamentos, escuta ativa e explicações dos procedimentos como:

- Explicar os riscos de gravidez, infecção por DST/HIV e as prevenções disponíveis;
- Preparar para consulta médica, exame físico e ginecológico com possível coleta de material;
- Orientar sobre a coleta de sangue para sorologia de HIV, SIFILIS, hepatite B e C;
- Coletar sorologia e administrar medicamentos profiláticos, conforme o protocolo;
- Solicitar kit violência;
- Explicar que, na ocorrência de vômito até 2 horas após a ingestão do anticoncepcional de emergência deverá ser repetida;
- Orientar os sintomas de intolerância aos antirretrovirais;
- Explicar a importância do uso de preservativo por 6 meses devido ao risco de infecção por DST/HIV;
- Orientar cuidados com feridas, em caso de lesões;
- Orientar a observação de sintomas e manifestações clínicas de infecções geniturinárias;
- Acionar o serviço social e psicologia.

Atendimento tardio, a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual

- Explicar sobre os riscos de gravidez e DST/HIV;
- Solicitar consulta médica e ginecológica;

- Acolher familiares e realizar de mais orientações descritas no atendimento imediato.

O Enfermeiro no atendimento ambulatorial a vítima de violência sexual

- Ambulatório recebe pacientes vítimas de violência sexual vindas do PSO e externas (outras unidades);
- O agendamento é feito pessoalmente ou por terceiro responsável pelo paciente;
- Os funcionários do balcão de agendamento encaminham a paciente ou responsável ao acolhimento com equipe multiprofissional no momento do agendamento;
- O profissional responsável pelo acolhimento faz os encaminhamentos necessários e procede ao agendamento médico;

5.3.2.3 O atendimento do Serviço Social às vítimas de violência sexual

Ações do Serviço Social O Serviço Social atua junto às mulheres, crianças e adolescentes em situações de violência sexual, desenvolvendo as seguintes ações:

- Propiciar um atendimento de forma que a usuária sinta-se acolhida;
- Conhecer a história da usuária, bem como, dados da ocorrência e do agressor;
- Verificar se já recebeu atendimento médico/psicológico, e se for desejo da usuária, orientá-la quanto ao boletim de ocorrência e exame de corpo de delito (não obrigatórios);
- Identificar a demanda social trazida pela usuária decorrente ou não da situação de estupro, tais como: direitos previdenciários e trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos da usuária com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, etc.;
- Identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamentos da usuária, frente ao ocorrido;
- Identificar se a usuária encontra-se em situação de risco, em caso afirmativo encaminhá-la para instituição de acolhimento;
- Reforçar a importância do atendimento multidisciplinar, enfatizando a disponibilidade da equipe em apoiá-la;
- Esclarecer a usuária quanto aos recursos da instituição, bem como, auxílio concreto (auxílio transporte, medicamentos);
- Orientar e encaminhar para os recursos sociais (CRAS, UBS, ONG especializada em apoio à mulher em situação de violência, etc.);
- Notificar o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância e Juventude nos casos de violência contra a criança e/ou adolescente trabalhando os aspectos legais com a família.

Gestão decorrente de violência sexual

A intervenção do Serviço Social deverá seguir a mesma rotina do atendimento às vítimas de violência sexual sem gravidez, porém deverão ser abordados aspectos específicos inerentes a essa situação, visando:

- Identificar o desejo da interrupção ou não da gestação, considerando os valores morais e religiosos da paciente e informar as alternativas;
- Orientar quanto aos protocolos da instituição para atendimento dessa problemática;
- Esclarecer sobre seus direitos e encaminhar para os trâmites legais, a fim de viabilizar a interrupção da gestação: Boletim de Ocorrência - B.O. na Delegacia da Mulher (se possível). A realização do B.O. é importante por se tratar de um crime hediondo mas não é obrigatório para a realização do aborto previsto em lei.

5.3.2.4 O atendimento da Psicologia às vítimas de violência sexual

A procura de um serviço de saúde, por uma mulher ou por sua família em situação de violência sexual, revela a intenção de obter ajuda. Observa-se que grande parte das vítimas não busca imediatamente o serviço e, geralmente, as que chegam ao atendimento são motivadas pelo receio de DST-AIDS ou pela constatação da gestação.

A postura do profissional diante de mulheres vítimas de violência sexual deverá ser isenta de caráter investigativo, imposição de valores e julgamentos.

Como em todo atendimento profissional, é fundamental se garantir um acolhimento digno, com capacidade de lidar com conflitos, valorização das queixas e identificação das necessidades de modo a propiciar um relacionamento de confiança.

O acolhimento e a confiança, explicitados pelo profissional diante do relato da pessoa em situação de violência, favorecerão o estabelecimento do vínculo, necessário para o atendimento e a terapêutica: a assistência psicológica deve ser entendida como parte de um plano de ação que deve fazer sentido para a usuária, e não como uma forma de redirecionar e livrar-se de uma demanda percebida como incomoda. Quando utilizado desta forma, o atendimento psicológico tende a ter pouca aderência e pouca eficácia.

Para a mulher, a percepção de que existem pessoas que acreditam no seu relato e, no caso de crianças e adolescentes, a possibilidade de confiar em adultos não abusivos, proporcionam uma experiência emocional corretora, com efeitos terapêuticos. Esses efeitos vão além da situação de abuso: envolvem sua vida, sexualidade, projetos, relacionamentos humanos e afetivos.

Em relação às repercussões emocionais da violência sexual, sua análise deve ser feita caso a caso, pois estão relacionadas a diversos fatores:

Fatores intrínsecos à personalidade, como vulnerabilidade e resiliência pessoal, apoio afetivo e social, associação com outras violências, grau de conhecimento e confiança entre vítima e

agressor, presença ou não do agressor em seu cotidiano. Crianças e adolescentes podem desenvolver quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares e dissociativos, enurese, encoprese, hiperatividade, déficit de atenção e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Segundo Levine, a violência sexual pode trazer diversas consequências por meio de transtornos, mas também nas relações cotidianas. Quando os sintomas se tornam frequentes e permanentes, passam a se expressar de forma patológica, como TEPT, transtornos alimentares, depressão, tentativa de suicídio, dificuldade nas relações afetivas e sexuais.

Para Scarpato, “Nos casos de Estresse Pós-Traumático, a intervenção terapêutica é um recurso necessário para que a pessoa possa reorganizar seu padrão de funcionamento e continuar seu processo de vida de modo mais saudável”.

Como em toda situação de violência, a agressão sexual pode gerar medo, ansiedade, sentimentos de solidão, desconfiança, autocrispa, vergonha, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de ter uma vida sexual ou até de engravidar novamente.

Gravidez decorrente do estupro - Uma gravidez decorrente de violência poderá causar uma situação de “duplo estresse”: por um lado, obrigar a mulher a lidar com uma gravidez não planejada e indesejada e, por outro, levá-la a decidir quanto à continuidade ou interrupção desta gestação.

Geralmente, a decisão pelo aborto proporciona à mulher um sentimento inicial de alívio, que, associado aos sentimentos de impotência e imposição, pode contribuir para o surgimento de um quadro depressivo. As repercussões na vida dessa mulher estarão associadas à sua decisão diante dessa gestação, características pessoais, crenças religiosas e culturais.

O Psicólogo na Equipe diante do pedido de Aborto Legal: No caso específico de um pedido de aborto legal, em que há necessidade de uma avaliação da equipe, o profissional pautar-se-á pela Lei 2848/1940, artigo 128 do Código Penal Brasileiro e pela Portaria Nº 1.508/2005 - GM/MS, no que se refere a situações de violência sexual.

A escuta qualificada, isenta de preconceções, de constrangimento técnico, cultural ou moral, busca garantir os direitos, a cidadania, a liberdade e autonomia da mulher.

O psicólogo também discutirá com a paciente sobre sua opção de interromper ou dar prosseguimento à gestação, mantendo o bebê consigo ou decidindo pelo encaminhamento à adoção. O profissional, como facilitador do processo de autocuidado e tomada de decisão, deverá estar alerta para abordar temas como:

a maternidade e o desejo de ser e não ser mãe, sexualidade, relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço

para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.

A repotencialização da mulher em situação de violência poderá ser favorecida pelo acompanhamento psicológico, integrado à assistência da equipe e em matriciamento com a rede social.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Atendimento humanizado, integral e sigiloso às vítimas de violência sexual.
- Redução do risco de ISTs e gravidez indesejada decorrentes da violência.
- Prevenção de agravos psicológicos por meio de acompanhamento multiprofissional.
- Fortalecimento da rede intersetorial de proteção à vítima.
- Aumento da notificação de casos e redução da subnotificação.

Indicadores

- **Percentual de vítimas atendidas com prescrição e uso de profilaxias (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de atendimentos com profilaxia realizada} \div \text{Total de atendimentos}) \times 100$.
- **Taxa de oferta de contracepção de emergência (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de pacientes que receberam contracepção de emergência} \div \text{Total de pacientes em risco de gravidez}) \times 100$.
- **Percentual de vítimas com registro de atendimento completo (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de prontuários completos} \div \text{Total de atendimentos}) \times 100$.
- **Número de encaminhamentos realizados para serviços de apoio (CREAS, psicologia, abrigos, polícia).**
- **Percentual de profissionais capacitados em atendimento às vítimas de violência sexual (%)**

- Fórmula: (Número de profissionais capacitados ÷ Total de profissionais da unidade) × 100.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

1. BRASIL. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: . Acesso em 31/out/15.
2. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP 010/2010 disponível em . Acesso em 05.10.2015
3. SCARPATO, A.T. “Estresse Pós Traumático: A situação emocional de pessoas vítimas de violência”. Revista Psicologia Brasil, São Paulo, n.6, 2004, p. 10-14. Disponível em < http://www.psicoterapia.psc.br/scarpato/t_stresstr.html>. Acesso em 12/out/15.

2.2.2.14. PROTOCOLO CLÍNICOS ASSISTENCIAIS – CIRURGIA GERAL

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICOS ASSISTENCIAIS – CIRURGIA GERAL CIRURGIA GERAL – AVALIAÇÃO, INDICAÇÃO E CONDUTA TERAPÊUTICA

CIRURGIA GERAL – AVALIAÇÃO, INDICAÇÃO E CONDUTA TERAPÊUTICA

1.Introdução

A especialidade de Cirurgia Geral abrange o diagnóstico e tratamento de doenças que requerem intervenção cirúrgica em órgãos do abdome, parede abdominal e glândulas associadas, bem como procedimentos de urgência e emergência cirúrgica.

O presente protocolo tem como objetivo padronizar o atendimento clínico e cirúrgico no âmbito hospitalar, garantindo a segurança do paciente, a efetividade do tratamento e a conformidade com as normas vigentes da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, **Conselho Federal de Medicina (CFM)** e **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**, além das diretrizes da **Sociedade Brasileira de Cirurgia (SBC)**.

2.Revisão de literatura:

As práticas atuais da Cirurgia Geral priorizam a abordagem baseada em evidências, com foco em avaliação pré-operatória adequada, técnica cirúrgica segura e manejo perioperatório multidisciplinar. Diretrizes da **SBC (2024)** e recomendações do **American College of Surgeons (ACS)** indicam que a padronização dos fluxos reduz complicações, infecções de sítio cirúrgico e tempo de internação.

Principais recomendações baseadas em evidência:

- Avaliação pré-operatória sistematizada conforme risco cirúrgico (ASA) e condições clínicas: **Nível A – Forte recomendação.**
- Aplicação do Checklist de Cirurgia Segura da OMS/ANVISA: **Nível A – Evidência consolidada.**
- Profilaxia antimicrobiana até 60 minutos antes da incisão: **Nível A – Forte recomendação.**
- Profilaxia tromboembólica conforme risco de TEV: **Nível B – Moderada evidência.**
- Revisão de critérios de alta e reavaliação pós-operatória em até 24h: **Nível B – Moderada evidência.**

Custo-efetividade e segurança:

Protocolos padronizados de cirurgia geral reduzem reinternações e custos hospitalares, aumentando a previsibilidade assistencial e a adesão às metas contratuais de desempenho.

3.Objetivo(s):

Garantir a condução segura e padronizada dos pacientes submetidos a procedimentos de Cirurgia Geral, desde a avaliação inicial até a alta hospitalar, promovendo a segurança e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

População-alvo:

Pacientes adultos com indicação de procedimento cirúrgico de média complexidade (eletivo ou de urgência).

Equipe executora:

Médicos cirurgiões gerais, anestesiológicos, equipe de enfermagem cirúrgica, instrumentadores, equipe de CME e apoio diagnóstico.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Centro cirúrgico equipado conforme RDC 50/2002 e RDC 63/2011;
- Salas de recuperação anestésica com monitor multiparamétrico;

- Instrumentais cirúrgicos esterilizados (CME);
- Equipamentos de suporte ventilatório e anestésico;
- EPIs e materiais de assepsia;
- Medicamentos de uso intra e pós-operatório;
- Registro eletrônico de procedimento (SAME/HMV).

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Cirurgião Geral	Avaliar e indicar o procedimento, definir técnica cirúrgica, conduzir o ato operatório e acompanhar o paciente no pós-operatório.
Anestesiologista	Realizar avaliação pré-anestésica, aplicar técnica anestésica apropriada e monitorar o paciente durante todo o ato cirúrgico.
Enfermagem Cirúrgica	Preparar o paciente, garantir assepsia, instrumentalizar a equipe e monitorar intercorrências intraoperatórias.
CME / Apoio Técnico	Garantir esterilização, rastreabilidade e reposição de materiais.
NQSP / NEP	Monitorar eventos adversos, apoiar capacitações e auditorias de segurança cirúrgica.

6. Atividades:

Pré-operatório:

- Avaliação clínica e laboratorial.
- Classificação de risco cirúrgico (ASA).
- Avaliação anestésica e assinatura de consentimento informado.
- Tricotomia e antisepsia conforme protocolo institucional.
- Aplicação do checklist de Cirurgia Segura (OMS/ANVISA).

Intraoperatório:

- Assepsia e antissepsia rigorosas.
- Checagem de materiais e equipamentos.
- Realização do procedimento conforme técnica indicada.
- Comunicação efetiva entre cirurgião, anestesista e enfermagem.
- Registro do ato cirúrgico no prontuário.

Pós-operatório:

- Monitoramento na SRPA até critérios de alta.
- Avaliação de dor, sinais de sangramento e função respiratória.
- Orientação para retorno ambulatorial e cuidados domiciliares.
- Notificação de eventos adversos e preenchimento de ficha de rastreabilidade.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Procedimentos Cirurgicos (Meta Contratual)	Número de Porcedimentos Cirurgicos de Cirurgia Geral realizados	220	Mensal
Taxa de sucesso cirúrgico	$(\text{Cirurgias sem intercorrências} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Taxa de infecção de sítio cirúrgico	$(\text{Infecções notificadas} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$	$\leq 3\%$	Mensal
Taxa de reinternação pós-cirúrgica	$(\text{Reinternações relacionadas} \div \text{Total de cirurgias}) \times 100$	$\leq 5\%$	Trimestral
Taxa de adesão ao Checklist Cirúrgico	$(\text{Checklists completos} \div \text{Total de cirurgias}) \times 100$	100%	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos e recursos disponíveis	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento das equipes cirúrgicas	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação em regime de observação	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Coleta e análise dos indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9. Notas importantes

- Seguir rigorosamente o Protocolo de Cirurgia Segura (OMS/ANVISA).
- Contraindicações devem ser documentadas em prontuário.
- Em cirurgias de urgência, priorizar estabilização clínica antes da intervenção.
- A conduta pós-operatória deve ser registrada e acompanhada até a alta definitiva.

10. Referências

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA. *Diretrizes Assistenciais em Cirurgia Geral – Edição 2024*.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *ACS Guidelines for Perioperative Management*. Chicago, 2024.

- BRASIL. ANVISA. *RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 529/2013 – Política Nacional de Segurança do Paciente.*
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Surgical Safety Checklist, 2nd ed., 2023.*
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade Técnica em Cirurgia Geral.*
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024.*

	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL MANEJO CLÍNICO E TÉCNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA (CPRE)

2.2.2.15. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL MANEJO CLÍNICO E TÉCNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA (CPRE)

1.Introdução

A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é um procedimento endoscópico invasivo destinado à avaliação e tratamento de doenças do trato biliar e pancreático, como coledocolitíase, estenoses benignas ou malignas e complicações pós-operatórias. No contexto hospitalar, a CPRE terapêutica visa desobstruir vias biliares e pancreáticas, remover cálculos, realizar drenagens e implantar próteses, assegurando alívio sintomático e evitando complicações graves como colangite e pancreatite aguda.

O presente protocolo padroniza a conduta assistencial para pacientes encaminhados ao serviço, alinhando as boas práticas às recomendações da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), da American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) e às normas da ANVISA e ONA para segurança e qualidade do cuidado.

2.Revisão de literatura:

Evidências científicas recentes demonstram que a CPRE, quando indicada adequadamente, reduz morbidade associada a doenças obstrutivas biliares e pancreáticas, com taxas de sucesso

superiores a 90% em centros especializados. As diretrizes da ASGE (2024) e da SOBED (2023) reforçam a importância da avaliação criteriosa de risco, da profilaxia antibiótica e do manejo pós-procedimento para prevenir complicações como pancreatite pós-CPRE (incidência média de 3–5%).

Nível de evidência e recomendação:

- Indicação em obstrução biliar por cálculo ou estenose: **Nível A – Forte recomendação.**
- Profilaxia antibiótica pré-procedimento em obstrução completa: **Nível B – Moderada evidência.**
- Uso de AINEs (indometacina ou diclofenaco retal) para prevenção de pancreatite pós-CPRE: **Nível A – Forte recomendação.**
- Limitação do uso de contraste e tempo de manipulação do ducto pancreático: **Nível B – Moderada evidência.**

Segurança e custo-efetividade:

A CPRE terapêutica é custo-efetiva quando comparada à cirurgia aberta ou laparoscópica em situações de coledocolitíase com risco anestésico elevado. Deve ser realizada em ambiente hospitalar com suporte anestésico, cirúrgico e radiológico.

3.Objetivo(s):

Padronizar o manejo clínico e técnico dos pacientes submetidos à CPRE terapêutica, garantindo segurança, qualidade e rastreabilidade das ações, desde o preparo até o acompanhamento pós-procedimento.

População-alvo:

Pacientes adultos com suspeita ou diagnóstico confirmado de doenças obstrutivas das vias biliares e pancreáticas, conforme indicação médica especializada.

Equipe executora:

Corpo clínico de Cirurgia Geral/Gastroenterologia/Endoscopia, equipe de enfermagem endoscópica, anestesiologia e apoio radiológico.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Sala de endoscopia equipada com fluoroscopia e monitor multiparamétrico;
- Duodenoscópio terapêutico;
- Cateteres de canulação biliar/pancreática;
- Balões extratores e cestas;
- Próteses biliares plásticas e metálicas;
- Materiais de hemostasia endoscópica;
- Medicamentos de suporte anestésico e de emergência;
- Equipamentos de proteção radiológica (EPIs e EPAs).

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Endoscopista	Avaliar indicação, realizar o procedimento, registrar achados, intervir terapêuticamente e acompanhar o paciente até alta.
Anestesiologista	Avaliar risco ASA, conduzir sedação, monitorar sinais vitais e intervir em eventuais complicações hemodinâmicas.
Enfermagem Endoscópica	Preparar sala e materiais, garantir assepsia, posicionar paciente, monitorar parâmetros e registrar intercorrências.
Radiologia	Operar fluoroscópio e fornecer imagens em tempo real durante a intervenção.
NQSP/NEP	Monitorar segurança assistencial, apoiar capacitação e auditoria de adesão ao protocolo.

6. Atividades:

Pré-procedimento:

- Avaliação clínica, laboratorial e de imagem (ultrassonografia, tomografia ou ressonância colangiopancreática).
- Jejum mínimo de 8 horas.
- Profilaxia antibiótica conforme risco.
- Consentimento informado e checagem de segurança (checklist cirúrgico).

Durante o procedimento:

- Posicionamento em decúbito ventral.
- Introdução do duodenoscópio até a papila de Vater.
- Canulação seletiva da via biliar/pancreática.
- Injeção controlada de contraste iodado sob fluoroscopia.
- Realização das intervenções terapêuticas: papilotomia, extração de cálculos, colocação de prótese ou drenagem.
- Monitorização contínua e registro dos parâmetros clínicos.

Pós-procedimento:

- Observação mínima de 2 horas.
- Reavaliação clínica e laboratorial.
- Alta hospitalar conforme estabilidade e orientação sobre sinais de alerta.
- Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial ou serviço de referência.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Taxa de sucesso terapêutico	$(\text{Procedimentos com desobstrução efetiva} \div \text{Total de CPRE realizadas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Mensal
Taxa de complicações pós-CPRE	$(\text{Complicações} \div \text{Total de CPRE realizadas}) \times 100$	$\leq 5\%$	Mensal
Tempo médio de internação pós-CPRE	Média em dias	≤ 2 dias	Trimestral

Taxa de reintervenção	$(\text{Reintervenções} \div \text{Total de CPRE realizadas}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos e recursos disponíveis	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração do protocolo e definição de fluxos	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento das equipes assistenciais	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação em regime de observação	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Coleta e análise de indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9. Notas importantes

- Contraindicações absolutas: perfuração gastrointestinal, instabilidade hemodinâmica grave, coagulopatia não corrigida.
- Atenção à profilaxia da pancreatite pós-CPRE com AINE retal e hidratação vigorosa.
- Registrar todo procedimento no sistema eletrônico institucional e arquivar imagens radiológicas.

10. Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SOBED). *Diretrizes para realização de CPRE terapêutica*. São Paulo: SOBED, 2023.

AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (ASGE). *Guidelines for therapeutic ERCP procedures*. Gastrointest Endosc, 2024.

ILAS – Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. *Protocolos Assistenciais 2025*.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade técnica e prática endoscópica*.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024*.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE COLECISTECTOMIA

2.2.2.16. PROTOCOLO DE COLECISTECTOMIA

1.Introdução

A colecistectomia é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, com a técnica laparoscópica como padrão-ouro. O objetivo deste protocolo é padronizar o cuidado ao paciente submetido a colecistectomia, garantindo segurança, eficiência e qualidade assistencial, conforme as melhores evidências nacionais e internacionais.

2.Revisão de literatura:

As diretrizes da SAGES, WSES e AAS recomendam a abordagem laparoscópica como primeira escolha para pacientes com colelitíase sintomática e colecistite aguda, desde que haja condições clínicas e estruturais. A técnica aberta é reservada para casos complexos, anatomia difícil ou conversão por segurança. A visão crítica de segurança deve ser obrigatoriamente obtida e documentada.

3.Objetivo(s):

- ✓ Padronizar o manejo pré, intra e pós-operatório.
- ✓ Reduzir complicações e tempo de internação.
- ✓ Garantir clareza nas atribuições profissionais.
- ✓ Estabelecer indicadores de qualidade e resultados mensuráveis.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Sala cirúrgica equipada com torre de laparoscopia, insuflador de CO₂, monitores, trocárteres, instrumentos de dissecação e clipagem.

Materiais: campos estéreis, soluções irrigadoras, saco de espécime, antibióticos, heparina, meias de compressão.

Recursos humanos: cirurgião, auxiliar, anestesista, enfermeiro, técnico de enfermagem e instrumentador.

5. Atribuições de cada categoria profissional

- ✓ Cirurgião: indicação, execução e acompanhamento pós-operatório.
- ✓ Anestesista: avaliação prévia, anestesia e controle da dor.
- ✓ Enfermeiro: preparo da sala, monitorização, documentação e cuidados de enfermagem.
- ✓ Técnico de Enfermagem: instrumentação, circulante de sala e cuidados diretos ao paciente.
- ✓ Auditor de Qualidade: coleta e análise de indicadores.

6. Atividades:

6.1 Critérios de Inclusão

Pacientes com colelitíase sintomática, colecistite aguda ou crônica, pólipos vesiculares com risco de malignidade e aptos à anestesia geral.

6.2 Critérios de Exclusão

Pacientes com contraindicação à anestesia geral, suspeita de neoplasia vesicular, cirrose descompensada ou impossibilidade estrutural para laparoscopia.

6.3 Pré-operatório: avaliação clínica e exames laboratoriais e de imagem.

6.3.1 Avaliação Clínica e Estratificação de Risco

Objetivo: garantir segurança anestésico-cirúrgica, reduzir complicações e definir o tipo de abordagem (eletiva ou de urgência).

- Anamnese completa e exame físico detalhado (dor em hipocôndrio direito, icterícia, febre, uso de anticoagulantes).

- Classificação ASA e identificação de comorbidades (diabetes, obesidade, cardiopatias).
- Critérios de gravidade: febre $>38^{\circ}\text{C}$, leucocitose >12.000 , dor $>6\text{h}$, espessamento de parede vesicular $>4\text{ mm}$ (Tokyo Guidelines 2018).

6.3.2 Exames Laboratoriais e de Imagem

- Hemograma, glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, TGO, TGP, FA, GGT, bilirrubinas, amilase e lipase.
- TP/INR, TTPA, ECG, radiografia de tórax.
- Ultrassonografia de abdome superior (padrão-ouro inicial).
- Colangiorressonância, TC ou CPRE quando indicado para coledocolitíase ou complicações.

6.3.3 Profilaxias e Preparos

- Antibioticoprofilaxia: cefazolina 2 g EV até 60 min antes da incisão (ceftriaxona 2 g em colecistite aguda).
- Profilaxia TEV: enoxaparina 40 mg SC/dia conforme risco.
- Jejum de 8h, tricotomia imediata antes da cirurgia, checklist de segurança cirúrgica.
- Consentimento informado e explicação do procedimento.

6.4 Intraoperatório: obtenção da visão crítica de segurança e documentação.

6.4.1 Princípios Gerais e Posicionamento

- Anestesia geral; posição supina com Trendelenburg reverso e rotação esquerda.
- Antissepsia ampla do abdome superior e flanco direito.
- Insuflação peritoneal com CO_2 (12–14 mmHg).

6.4.2 Acesso e Dissecção

- Pneumoperitônio com agulha de Veress ou técnica aberta de Hasson.
- Trocartes: 4 portais (umbilical, epigástrico, hipocôndrio direito e flanco direito).

- Exploração inicial da cavidade (aderências, abscessos, líquido livre).
- Identificação do triângulo de Calot (ducto cístico, artéria cística, face hepática).

6.4.3 Visão Crítica de Segurança (Critical View of Safety – CVS)

Condições obrigatórias antes de seccionar ducto e artéria císticos:

- Descolamento completo do triângulo de Calot expondo apenas ducto e artéria císticos.
- Separação inferior da vesícula do leito hepático até expor o fígado.
- Visualização clara de apenas duas estruturas entrando na vesícula.

Se não for possível obter a CVS por inflamação, fibrose ou sangramento, adotar técnica alternativa (fundus-first, subtotal) ou converter para via aberta.

6.4.4 Documentação Intraoperatória

- Registro fotográfico ou videográfico da CVS (obrigatório em protocolos de qualidade).
- Relatar achados anatômicos, anomalias e sangramentos.
- Preencher ficha operatória (horário, equipe, anestesia e intercorrências).

6.5 Pós-operatório: analgesia, mobilização precoce e alta segura.

6.5.1 Analgesia e Controle de Sintomas

- Dipirona 1 g EV 6/6h ou Paracetamol 1 g EV 6/6h.
- AINE (cetorolaco 30 mg EV 8/8h ou cetoprofeno 100 mg EV 8/8h) se não contraindicado.
- Tramadol 50–100 mg EV se EVA >6.
- Ondansetrona 4 mg EV 8/8h para náuseas.
- Hidratação EV nas primeiras horas e dieta líquida conforme tolerância.

6.5.2 Mobilização Precoce e Cuidados com Ferida

- Deambulação nas primeiras 6h após recuperação anestésica.
- Retirada precoce de sondas e acesso venoso conforme estabilidade.

- Higienizar ferida após 24h; curativo seco se necessário.
- Reavaliar dor com EVA a cada 6h nas primeiras 24h.

6.5.3 Alta Segura

- Sinais vitais estáveis e alimentação oral tolerada.
- Deambulação independente e dor controlada (EVA ≤ 3).
- Sem febre, sangramento ou sinais de infecção.
- Orientações escritas e orais sobre sinais de alarme (febre, icterícia, vômitos, secreção purulenta).
- Prescrição de analgésico VO e retorno em 7–10 dias.

6.5.4 Monitoramento e Indicadores de Qualidade

- Taxa de conversão laparoscópica.
- Complicações biliares (<0,5%).
- Infecção de ferida e reoperação em 30 dias.
- Tempo médio de internação (<24h nas eletivas).

Cada etapa deve ser registrada e monitorada para rastreabilidade e segurança.

7. Resultados esperados e indicadores

7.1 Resultados esperados

- Alta hospitalar em até 24 horas para casos eletivos.
- Satisfação do paciente $\geq 90\%$.
- Zero lesão de via biliar evitável.

7.2 Indicadores

- Tempo médio de internação.
- Taxa de conversão para aberta.
- Complicações intra e pós-operatórias.
- Satisfação do paciente.

- Registro da visão crítica de segurança

8. Plano de implantação:

- ✓ Novembro: formação da equipe e capacitação.
- ✓ Dezembro: fase piloto e coleta de indicadores.
- ✓ Janeiro: consolidação e auditoria inicial do protocolo.

9. Notas importantes

A conversão para cirurgia aberta é uma medida de segurança, não de falha. A visão crítica de segurança deve ser registrada. A revisão do protocolo será anual ou conforme novas evidências.

10. Referências

- ✓ SAGES. Guidelines for the Clinical Application of Laparoscopic Biliary Tract Surgery.
- ✓ WSES. 2020 Updated Guidelines for Acute Cholecystitis.
- ✓ AAFP. Surgical and Nonsurgical Management of Gallstones.
- ✓ StatPearls. Laparoscopic Cholecystectomy.
- ✓ BMJ Open. Global Outcomes of Cholecystectomy (2024).

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL

2.2.2.17. PROTOCOLO DE HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL

1.Introdução

Hérnia é uma saliência, protuberância ou projeção de um órgão ou parte de um órgão através da parede do corpo que normalmente o contém, tal como a parede abdominal. Este protocolo visa padronizar a assistência ao paciente, com segurança e qualidade, baseado nas melhores práticas assistenciais.

2.Revisão de literatura:

As hérnias de parede abdominal representam defeitos músculo-aponeuróticos com protrusão de conteúdo intra-abdominal. São patologias comuns, com condutas padronizadas por sociedades internacionais como HerniaSurge, EHS/AHS, SAGES e WSES.

Podem ser classificadas em:

- ✓ Hérnias inguinais (diretas, indiretas, femorais): mais frequentes; diretrizes HerniaSurge (2018/2023).
- ✓ Umbilicais e epigástricas: ventrais primárias; EHS/AHS 2022 recomenda uso de tela em defeitos ≥ 2 cm.
- ✓ Incisionais: surgem após laparotomia; prevenção com técnica de pequenas mordidas e fio absorvível lento.
- ✓ Parastomais: relacionadas a estomas; manejo conforme diretrizes EHS.

Diagnóstico:

- ✓ Diagnóstico clínico: abaulamento expansível à Valsalva, dor local.

- ✓ Ultrassonografia: útil em hérnias pequenas ou inguinais duvidosas.
- ✓ Tomografia computadorizada: essencial nas ventrais/incisionais, define conteúdo e perda de domicílio.

Indicação e Técnicas Cirúrgicas:

- ✓ Inguinal: reparo com tela é padrão-ouro (Lichtenstein, TEP/TAPP).
- ✓ Umbilical/Epigástrica: tela recomendada > 2 cm; sutura primária para pequenos defeitos.
- ✓ Incisional/Ventral: uso rotineiro de tela; abordagem aberta, laparoscópica ou robótica.
- ✓ Emergências (encarcerada/estrangulada): conduta conforme grau de contaminação (WSES).

Prevenção:

- ✓ Fechamento com técnica de pequenas mordidas, fio absorvível lento e relação 4:1.
- ✓ Tela profilática em pacientes de alto risco (obesidade, aneurisma de aorta, múltiplas laparotomias).

Cuidados Perioperatórios:

- ✓ Analgesia multimodal, profilaxia TEV, otimização nutricional, cessação do tabagismo.
- ✓ Deambulação precoce e alta acelerada reduzem complicações.

3.Objetivo(s):

Uniformizar e padronizar a assistência a pacientes com hérnia de parede abdominal. Servem como orientação para médicos e serviço de enfermagem na condução adequada dos pacientes, bem como para a avaliação de urgência cirúrgica.

4.Recursos físicos e materiais

Pronto Socorro

Laboratório

USG

Centro Cirúrgico devidamente equipamento com:

- ✓ Sala operatória: monitores, carro de emergência, carro de anestesia, régua de gases, foco de luz, instrumentais, insumos e medicamentos.

- ✓ Sala de recuperação pós-anestésica: monitores cardíacos, carro de emergência, régua de gases

5. Atribuições de cada categoria profissional

5.1 Cirurgia Geral / Coloproctologia

- ✓ Indicação cirúrgica e escolha da técnica.
- ✓ Planejamento com tomografia para ventrais/incisionais.
- ✓ Fechamento adequado da parede e uso de tela conforme diretrizes.
- ✓ Conduta em emergências conforme contaminação.

5.2 Anestesiologia

- ✓ Avaliação ASA e analgesia multimodal.
- ✓ Bloqueios regionais (TAP), profilaxia PONV e controle térmico.

5.3 Enfermagem (Ambulatório e PA)

- ✓ Acolhimento, registro da EVA e orientações ao paciente.
- ✓ Aplicação de checklist pré-operatório e cuidados de preparo.
- ✓ Orientações de alta e acompanhamento pós-operatório.

5.4 Enfermagem Centro Cirúrgico / CME

- ✓ Preparo de telas, suturas e fixadores.
- ✓ Checklist de segurança cirúrgica e instrumentação conforme técnica.
- ✓ Assistência direta ao paciente

5.5 Diagnóstico por Imagem

- ✓ Realização de ultrassonografia e tomografia com laudos padronizados.
- ✓ Identificação do defeito, conteúdo e perda de domicílio.

5.6 Nutrição

- ✓ Avaliar estado nutricional e risco de desnutrição.
- ✓ Otimizar ingestão proteica e orientar perda ponderal.

5.7 Fisioterapia

- ✓ Treino respiratório e mobilização precoce.

- ✓ Prevenção de complicações pulmonares e retorno funcional.

5.8 Estomaterapia / Curativos

- ✓ Prevenção e tratamento de complicações de ferida.
- ✓ Cuidado com estomas e prevenção de hérnias parastomais.

5.9 Farmácia / CCIH

- ✓ Definir antibioticoprofilaxia conforme tipo de cirurgia.
- ✓ Padronizar telas e fixadores com rastreabilidade.
- ✓ Bundles de prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

5.10 Psicologia / Serviço Social

- ✓ Suporte emocional e adesão ao tratamento.
- ✓ Orientação sobre retorno laboral e autocuidado.

5.11 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

- ✓ Monitoramento de indicadores.
- ✓ Auditorias e planos de melhoria contínua.

6. Atividades:

6.1 História Clínica

- ✓ Sinais e sintomas são variáveis a depender da localização;
- ✓ Protuberância em algum lugar na parede abdominal;
- ✓ Dor ou desconforto localizados que podem ser agravados por manobra de Valsalva (tosse, esforço etc.);
- ✓ Episódios de urgência: encarceramento ou estrangulamento de alças intestinais, com ou sem obstrução intestinal associada;
- ✓ Procedimentos prévios (avaliando a incisão realizada).

Exame físico

- ✓ Pesquisar no local de herniação:
- ✓ Tamanho do saco herniário;
- ✓ Tamanho do orifício de abertura aponeurótico (anel herniário);
- ✓ Redutibilidade do conteúdo herniário;
- ✓ Sinais inflamatórios associados e alterações cutâneas.

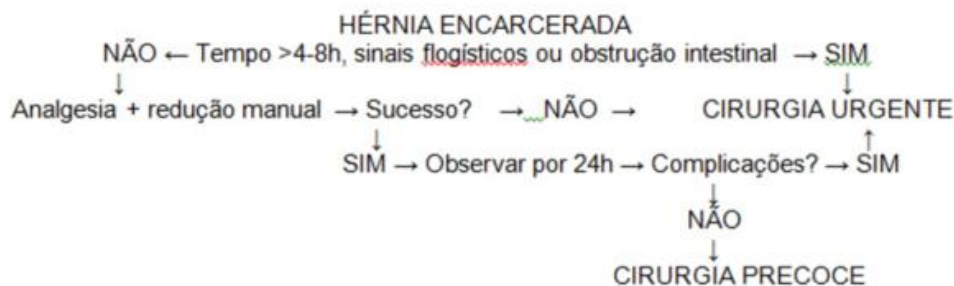
Exame abdominal: A parede abdominal deve ser examinada com o paciente em pé e deitado, com ou sem manobra de Valsalva.

Exame de hérnias inguinofemorais

A região inguinal é examinada com o paciente em ambas as posições, supina e ortostática.

- ✓ Visualmente, inspeciona-se e palpa-se a região inguinal, observando assimetrias, protuberâncias ou massas;
- ✓ Solicita-se que o paciente provoque tosse ou execute manobra de Valsalva para facilitar a identificação da hérnia;
- ✓ O examinador coloca um dedo sobre o canal inguinal e repete o exame. A ponta do dedo do examinador é colocada no canal inguinal através da invaginação do escroto para detectar uma pequena hérnia:
 - Deslocamento de uma protuberância lateral para medial do canal inguinal sugere uma hérnia indireta;
 - Protuberância que progride do fundo para a superfície, através do assoalho inguinal, sugere a suspeita de hérnia direta;
 - Esta distinção não é exata e o diagnóstico final é dado no intraoperatório, sem prejuízo de resultado;
- ✓ Protuberância identificada abaixo do ligamento inguinal é consistente com uma hérnia femoral.
- ✓ Complicações
- ✓ Encarceramento: ao exame, a hérnia não reduz às manobras;
- ✓ Estrangulamento: dor à palpação local, sinais flogísticos. Quadro pode vir acompanhado de febre, queda do estado geral e sintomas de obstrução intestinal, incluindo náuseas, vômitos, dor abdominal e distensão.

6.2 Fluxograma



6.3 Classificação

Classificação Região:

- ✓ Ventral: ocorre anteriormente e inclui hérnia epigástrica, umbilical, de Spiegel, paraestomal e incisional;
- ✓ Flanco: envolve o triângulo lombar superior e inferior;
- ✓ Inguinofemoral: inclui as hérnias inguinais e femorais. Etiologia:
- ✓ Congênita: o defeito na parede abdominal está presente desde o nascimento;
- ✓ Adquirida: o defeito desenvolve-se como resultado de um enfraquecimento ou ruptura dos tecidos da parede abdominal.

6.4 Diagnóstico

Pacientes portadores de hérnias abdominais que se apresentam com um quadro doloroso agudo inédito ou de intensidade maior que a habitual devem ser tratados como abdome agudo com indicação cirúrgica.

A melhora do quadro álgico seja por meio de medicamentos ou manobras de redutibilidade são úteis para aliviar o sofrimento e ganhar tempo para um pré-operatório mais adequado, entretanto não devem servir para protelar a indicação cirúrgica. É muito importante verificar a possibilidade de estrangulamento. Para isso, é importante avaliar:

-Tempo: Encarceramento maior que 4-8h apresenta chance elevada de apresentar comprometimento vascular.

-Sinais de peritonite: A presença de peritonite franca ao exame físico é indicação de intervenção cirúrgica de urgência, sendo indicada a laparotomia exploradora ou laparoscopia.

-Sinais flogísticos: A presença de sinais flogísticos sugere fortemente a presença de comprometimento vascular e perfuração de víscera no saco herniário, sendo indicação de cirurgia de urgência.

Caso o paciente tenha encarceramento recente (<4-8h), não apresente sinais flogísticos, não apresente peritonite e esteja estável hemodinamicamente, pode ser tentada analgesia e redução manual, com observação na emergência por 24 – 72h para excluir a presença de complicações durante a redução da hérnia.

Quando a tentativa de redução for bem-sucedida ganha-se tempo para melhor programação cirúrgica, no entanto recomenda-se agendamento do procedimento de correção o mais precocemente possível, já que esses pacientes estão sob risco de novos episódios de encarceramento e complicações.

Em pacientes que não podem ser submetidos à redução manual com analgesia por conta de tentativa frustrada ou por conta de suspeita de estrangulamento, a cirurgia deve ser realizada ainda na emergência a fim de evitar maiores complicações, já que o maior preditor de mortalidade é a presença de estrangulamento com perfuração de vísceras.

6.5 Exames complementares

O diagnóstico de hérnias de parede abdominal é clínico na maioria das vezes. Nas situações de urgência, podem ser úteis na avaliação do abdome agudo relacionado ao quadro herniário bem como auxiliar no planejamento cirúrgico.

Exames laboratoriais:

O uso direcionado de exames laboratoriais pode auxiliar revelando sinais de infecção sistêmica, como leucocitose, e disfunção orgânica em casos mais graves. No entanto, na maioria das vezes sua função é ajudar no preparo pré-operatório dos pacientes com indicação cirúrgica que se encontram estáveis e com encarceramento recente. Por isso, a solicitação de exames laboratoriais deve ser personalizada de acordo com idade e comorbidades de cada paciente, objetivando identificar distúrbios hidroeletrólíticos ou disfunção orgânica que possam ser abordados antes, durante ou até mesmo no pós-operatório imediato.

Raio-X

A rotina de abdome agudo é comumente solicitada em casos que se apresentam com síndrome de obstrução intestinal, podendo revelar o padrão de obstrução (intestino delgado ou cólon) ou até mesmo pneumoperitônio nos casos de perfuração livre na cavidade.

Ultrassom

A ultrassonografia desempenha papel muito importante em pacientes com dúvida diagnóstica, pois possibilita a visualização de do conteúdo herniário e faz o diagnóstico diferencial com outras causas de abaulamento fixo e doloroso de parede abdominal, como abscessos.

Tomografia

A tomografia pode ser solicitada quando há suspeita de lesões intracavitárias, uma vez que esses pacientes podem encarcerar uma hérnia pré-existente por conta da elevação da pressão intra-abdominal gerada por quadros obstrutivos, inflamatórios, perfurativos ou até hemorrágicos. A tomografia pode ser útil por fornecer mais informações que o ultrassom e ajuda a programar a melhor abordagem. Pode também ajudar a identificar hérnia obturadora e a quantificar o volume de tecido abdominal no saco herniário em hérnias de maior volume. É importante ressaltar que a tomografia deve ser cogitada quando for de fácil acesso e não atrasar a intervenção definitiva, uma vez que o tempo é essencial para evitar o surgimento de lesões isquêmicas.

6.6 Prioridades

Pacientes com hérnias estranguladas ou encarceradas:

- Instabilidade/peritonite

6.7 Tratamento

Abordagem terapêutica

Encaminhar ao cirurgião assim que se realizar o diagnóstico, devido ao risco de encarceramento, principalmente nos primeiros anos de vida.

Tratamento conservador (watchful and waiting):

- ✓ Indicado em pacientes do sexo masculino assintomáticos, pouco sintomáticos ou ainda muito idosos e com muitas comorbidades que elevem demais o risco cirúrgico;
- ✓ Indicado também em gestantes, exceto caso essas se tornem muito sintomáticas;
- ✓ Pacientes pouco sintomáticos ou assintomáticos possuem uma chance acima de 70% de desenvolver sintomas ao longo da observação e necessitar de tratamento cirúrgico dentro de dois anos de observação.
 - Dentre este grupo, aqueles com dor ao realizar atividades extenuantes, constipação crônica, prostatismo, pacientes casados e ASA 1/2 possuem maior risco de desenvolvimento precoce de sintomas;
- ✓ A qualidade de vida em longo prazo é melhor nos pacientes operados do que nos pacientes apenas observados;
- ✓ O motivo para definir o momento da cirurgia não é o risco de complicação (encarceramento ou estrangulamento), mas sim o prejuízo sobre a qualidade de vida do indivíduo relacionado à hérnia;
- ✓ A taxa de encarceramento e estrangulamento é estimada em 0,3-3% ao ano.

Indicações de intervenção cirúrgica:

- ✓ Homens sintomáticos;
- ✓ Mulheres sintomáticas ou assintomáticas;
- ✓ Não existem estudos suficientes para a realização de guidelines baseados na evidência clínica que definam quais as crianças que necessitam de cirurgias.

7.Resultados esperados e indicadores

Com a implementação do diagnóstico rápido e adequado, esperamos intervir e estabilizar o paciente por meio de terapia específica, evitando assim complicações que podem levar a um desfecho ruim para o paciente e consequentemente para toda equipe.

- ✓ Taxa de recidiva em 1 e 2 anos.
- ✓ Infecção de sítio operatório (SSI/SSO).
- ✓ Reinternação em 30 dias.
- ✓ Tempo médio de internação e retorno ao trabalho.
- ✓ Incidência de dor persistente (≥ 3 meses).

8.Plano de implantação:

- ✓ Novembro/25 – Revisão do conteúdo e indicadores
- ✓ Dezembro/25 – Capacitação das equipes
- ✓ Janeiro/26 – Implantação

9.Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

- ✓ HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia. 2018; update 2023.
- ✓ EHS/AHS. Guidelines for primary ventral, umbilical and incisional hernias. 2022–2025.
- ✓ SAGES. Guidelines for laparoscopic ventral hernia repair. 2021.
- ✓ WSES. Guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. 2020.

2.2.2.18. PROTOCOLO CLÍNICOS ASSISTENCIAIS – CIRURGIA ORTOPÉDICAS

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

1.Introdução

As cirurgias ortopédicas envolvem procedimentos diagnósticos e terapêuticos do sistema musculoesquelético, abrangendo ossos, articulações, ligamentos, tendões e músculos. São realizadas tanto em caráter eletivo quanto de urgência, visando restabelecer a função locomotora e aliviar a dor.

Este protocolo estabelece diretrizes padronizadas para o preparo, execução e monitoramento das cirurgias ortopédicas no HRDJSN, garantindo qualidade assistencial, segurança do paciente e conformidade com os parâmetros de acreditação e legislações sanitárias vigentes.

2.Revisão de literatura:

A adoção de protocolos clínicos estruturados na Ortopedia tem demonstrado redução de infecções de sítio cirúrgico, de tempo de internação e de complicações tromboembólicas. Estudos recentes (SBOT, 2024; WHO, 2023) reforçam a importância do manejo multidisciplinar e da prevenção de eventos adversos.

Níveis de evidência e recomendações:

- Profilaxia antimicrobiana até 60 minutos antes da incisão: **Nível A – Forte recomendação.**
- Profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) conforme estratificação de risco: **Nível A – Forte evidência.**
- Uso de checklists de segurança cirúrgica e consentimento informado: **Nível A – Evidência consolidada.**
- Mobilização precoce e fisioterapia pós-operatória: **Nível B – Evidência moderada.**

Custo-efetividade e segurança:

Protocolos ortopédicos padronizados reduzem custos com reintervenções, revisões e internações prolongadas, otimizando recursos materiais e humanos.

3.Objetivo(s):

Padronizar a conduta assistencial nos procedimentos ortopédicos, desde a avaliação pré-operatória até a alta hospitalar, promovendo práticas seguras, humanizadas e eficientes.

População-alvo:

Pacientes adultos submetidos a procedimentos ortopédicos de média complexidade (eletivos ou urgenciais).

Equipe executora:

Cirurgiões ortopedistas, anesthesiologistas, equipe de enfermagem cirúrgica, fisioterapia, instrumentadores e equipe de apoio técnico.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Centro cirúrgico equipado com mesa ortopédica, intensificador de imagem e tração esquelética;
- Instrumentais ortopédicos (conjuntos de artroplastia, osteossíntese e fixadores externos);
- Materiais implantáveis padronizados e rastreáveis;
- Equipamentos de anestesia e suporte ventilatório;

- EPIs e materiais para assepsia e esterilização (CME conforme RDC 15/2012);
- Sistema de registro eletrônico para rastreabilidade de implantes.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Ortopedista	Avaliar o caso clínico, definir técnica cirúrgica, conduzir o procedimento e o acompanhamento pós-operatório imediato.
Anestesiologista	Avaliar risco anestésico (ASA), conduzir anestesia regional ou geral, monitorar estabilidade hemodinâmica e dor.
Enfermagem Cirúrgica	Preparar o paciente e materiais, garantir assepsia e apoiar o cirurgião durante o procedimento.
CME / Suporte Técnico	Esterilizar, rastrear e repor instrumentais e implantes ortopédicos.
Fisioterapeuta	Realizar avaliação funcional pré e pós-operatória e conduzir protocolo de mobilização precoce.
NQSP / NEP	Monitorar adesão aos protocolos de segurança, indicadores e promover capacitações periódicas.

6. Atividades:

Pré-operatório:

- Avaliação clínica, laboratorial e radiológica.
- Estratificação de risco cirúrgico e anestésico.
- Planejamento do implante e materiais necessários.
- Profilaxia antimicrobiana (cefazolina 1–2g EV) e tromboembólica conforme risco.
- Aplicação do Checklist de Cirurgia Segura (OMS/ANVISA).

Intraoperatório:

- Assepsia e antisepsia rigorosas.
- Posicionamento anatômico conforme o tipo de cirurgia.
- Registro detalhado do tipo de implante, lote e validade.
- Comunicação entre equipe cirúrgica, anestésica e enfermagem.
- Registro de intercorrências e preenchimento da ficha de rastreabilidade.

Pós-operatório:

- Observação na SRPA (Recuperação Pós-Anestésica).
- Controle de dor, drenos e curativos.
- Início precoce da fisioterapia conforme prescrição médica.
- Avaliação clínica diária e orientações de alta.
- Notificação de infecção ou eventos adversos.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de procedimentos cirurgicos realizados (Meta Contratual)	Número de procedimentos cirurgicos realizados – Cirurgia Ortopédica (Meta Contratual)	275	Mensal
Taxa de sucesso cirúrgico ortopédico	$(\text{Procedimentos sem intercorrências} \div \text{Total de cirurgias ortopédicas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC)	$(\text{Casos de ISC} \div \text{Total de cirurgias ortopédicas}) \times 100$	$\leq 3\%$	Mensal
Taxa de reintervenção	$(\text{Reintervenções} \div \text{Total de cirurgias ortopédicas}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral
Tempo médio de internação pós-cirúrgica	Média (dias)	≤ 4 dias	Trimestral
Taxa de adesão ao Checklist Cirúrgico	$(\text{Checklists completos} \div \text{Total de cirurgias ortopédicas}) \times 100$	100%	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos, materiais e indicadores existentes	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento das equipes cirúrgicas e CME	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação em regime de observação	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Monitoramento e análise dos indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9. Notas importantes

- Todos os implantes devem possuir rastreabilidade completa (etiqueta, lote e validade).
- Assegurar controle de temperatura, umidade e esterilidade da CME.
- Garantir protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) e profilaxia antimicrobiana.
- Em casos de urgência, priorizar estabilização hemodinâmica e registro completo do evento cirúrgico.

10.Referências

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT). *Diretrizes de Procedimentos Cirúrgicos Ortopédicos*. São Paulo: SBOT, 2024.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente*.
- BRASIL. ANVISA. *RDC nº 15/2012 – Boas Práticas de Processamento de Produtos para Saúde*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade Técnica em Cirurgia Ortopédica*.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Surgical Safety Checklist*. 2023.
- ILAS – Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. *Protocolos Clínicos e de Segurança Assistencial 2025*.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024*.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS UROLÓGICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

2.2.2.19. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS UROLÓGICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

1.Introdução

As cirurgias urológicas abrangem procedimentos voltados ao diagnóstico e tratamento de doenças do trato urinário masculino e feminino, bem como do sistema reprodutor masculino. Incluem intervenções de caráter eletivo ou de urgência, como ressecções endoscópicas, litotripsias, nefrostomias e prostatectomias.

Este protocolo tem por finalidade padronizar as rotinas assistenciais e cirúrgicas relacionadas às intervenções urológicas, promovendo segurança, eficiência técnica, uso racional de recursos e alinhamento às normas da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, **Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)** e **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**.

2.Revisão de literatura:

A literatura atual enfatiza que protocolos padronizados em urologia reduzem complicações infecciosas, sangramentos e readmissões. O uso sistematizado de profilaxia antimicrobiana e medidas de segurança cirúrgica demonstrou ser altamente custo-efetivo e clinicamente relevante.

Principais recomendações baseadas em evidência:

- Profilaxia antimicrobiana até 60 minutos antes da incisão: **Nível A – Forte recomendação.**

- Uso do Checklist de Cirurgia Segura da OMS/ANVISA: **Nível A – Evidência consolidada.**
- Monitoramento de função renal e balanço hídrico em cirurgias prolongadas: **Nível B – Moderada evidência.**
- Profilaxia tromboembólica em pacientes de risco moderado/alto: **Nível A – Forte recomendação.**
- Controle rigoroso da assepsia em procedimentos endoscópicos: **Nível A – Evidência consolidada.**

Custo-efetividade e segurança:

A padronização dos fluxos urológicos reduz custos com infecções urinárias e reintervenções, melhora a previsibilidade assistencial e reforça a rastreabilidade de dispositivos e cateteres.

3.Objetivo(s):

Estabelecer diretrizes técnicas e operacionais para o atendimento e execução de procedimentos cirúrgicos urológicos, garantindo qualidade, segurança e rastreabilidade em todas as etapas do cuidado.

População-alvo:

Pacientes adultos com doenças urológicas que necessitem de intervenção cirúrgica de média complexidade.

Equipe executora:

Médicos urologistas, anestesiológicos, equipe de enfermagem cirúrgica, instrumentadores, fisioterapia e apoio técnico da CME e do SAME.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Centro cirúrgico equipado com torre de vídeo para endourologia e sistemas de irrigação;
- Cistoscópios, ressectoscópios e ureteroscópios;
- Equipamentos de litotripsia pneumática ou ultrassônica;

- Próteses e cateteres ureterais e vesicais (JJ, Foley, Nelaton);
- Mesa cirúrgica urológica e intensificador de imagem;
- Materiais estéreis e medicamentos para anestesia e emergência;
- CME com rastreabilidade completa dos instrumentais e implantes.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Urologista	Avaliar, indicar e realizar o procedimento, definir conduta terapêutica e acompanhar o paciente no pós-operatório.
Anestesiologista	Avaliar risco ASA, conduzir anestesia adequada e monitorar parâmetros vitais intra e pós-operatórios.
Enfermagem Cirúrgica	Preparar o paciente, garantir a assepsia e auxiliar na instrumentação e registros cirúrgicos.
CME / Apoio Técnico	Processar e rastrear materiais e equipamentos endoscópicos.
Fisioterapia	Avaliar e iniciar mobilização precoce conforme indicação médica.
NQSP / NEP	Monitorar adesão ao protocolo, promover treinamentos e avaliar indicadores de desempenho.

6. Atividades:

1. Pré-operatório:

- Avaliação clínica e urológica detalhada.
- Exames laboratoriais e de imagem (urina tipo I, urocultura, creatinina, ultrassonografia).
- Consentimento informado e estratificação de risco.
- Profilaxia antimicrobiana (cefazolina 1–2g EV) até 60 minutos antes da incisão.

- Aplicação do Checklist de Cirurgia Segura.

2. Intraoperatório:

- Assepsia e antissepsia conforme normas institucionais.
- Realização do procedimento conforme técnica indicada (aberta, laparoscópica ou endoscópica).
- Registro do material implantado, número de sondas e drenos utilizados.
- Comunicação ativa entre equipe cirúrgica e anestésica.
- Controle rigoroso de balanço hídrico e perdas sanguíneas.

3. Pós-operatório:

- Monitoramento de débito urinário e função renal.
- Cuidados com drenos e sondas vesicais (troca, fixação e higienização).
- Avaliação de dor, sangramento e infecção.
- Mobilização precoce e orientação de alta.
- Notificação de eventos adversos e complicações (infecção, retenção, sangramento).

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Procedimento cirurgico realizados (Meta Contratual)	Número de Procedimento cirurgico realizados - Cirurgia urológicas (Meta Contratual)	165	Mensal
Taxa de sucesso cirúrgico urológico	$(\text{Procedimentos sem intercorrências} \div \text{Total de cirurgias urológicas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Taxa de infecção urinária pós-operatória	$(\text{Casos de ITU} \div \text{Total de cirurgias urológicas}) \times 100$	$\leq 5\%$	Mensal
Taxa de reintervenção	$(\text{Reintervenções} \div \text{Total de cirurgias urológicas}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral

Taxa de adesão ao Checklist Cirúrgico	(Checklists completos ÷ Total de cirurgias) × 100	100%	Mensal
Tempo médio de internação pós-operatória	Média (dias)	≤ 3 dias	Trimestral

8.Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos e recursos disponíveis	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento das equipes urológicas e de enfermagem	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação em regime de observação	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Coleta e análise dos indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9.Notas importantes

- Seguir rigorosamente as normas de assepsia e rastreabilidade de materiais urológicos.
- Profilaxia antimicrobiana é obrigatória em todos os procedimentos invasivos.
- Cateteres e sondas devem ser utilizados conforme protocolos de tempo máximo e segurança.

- Todos os implantes e próteses devem ter lote e validade registrados em prontuário.

10.Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). *Diretrizes Assistenciais e Protocolos Urológicos*. Rio de Janeiro: SBU, 2024.

BRASIL. ANVISA. *RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.

BRASIL. ANVISA. *RDC nº 15/2012 – Processamento de Produtos para Saúde*.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade Técnica em Cirurgia Urológica*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Surgical Safety Checklist*. 2023.

ILAS – Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. *Protocolos Assistenciais 2025*.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024*.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE VASECTOMIA

2.2.2.20. PROTOCOLO DE VASECTOMIA

1.Introdução

A vasectomia é um método de esterilização masculina definitiva, que consiste na interrupção cirúrgica dos ductos deferentes, com ou sem ressecção segmentar, impedindo totalmente a passagem dos espermatozoides para a uretra.

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu orientações normativas que regulam a realização da vasectomia no âmbito do SUS, inclusive com requisitos de elegibilidade, prazo mínimo entre manifestação de vontade e procedimento, e direitos reprodutivos garantidos.

Esse protocolo visa padronizar a prática da vasectomia no serviço de saúde, garantindo segurança, qualidade assistencial, e observância das normas vigentes.

2.Revisão de literatura:

- ✓ A vasectomia é considerada um dos métodos mais seguros de contracepção definitiva masculina, apresenta menor complexidade em relação à laqueadura feminina e não interfere na produção hormonal masculina, nem na ereção ou libido.
- ✓ O procedimento habitualmente é realizado com anestesia local, em ambiente ambulatorial ou de pequeno porte, com alta no mesmo dia, com duração média de 15 a 30 minutos.
- ✓ Recomenda-se a utilização de outro método contraceptivo por aproximadamente 60 a 90 dias após o procedimento, ou até que exame de espermograma confirme ausência de

espermatozoides, visto que alguns ainda podem persistir nos trajetos reprodutivos masculinos.

- ✓ No Brasil, a Lei nº 14.443/2022 alterou a idade mínima para esterilização voluntária (laqueadura/vasectomia) para 21 anos, independentemente do número de filhos vivos, bem como eliminou a necessidade do consentimento do cônjuge.
- ✓ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também atualizou norma (Resolução Normativa 576/2023) para reconhecer cobertura obrigatória da vasectomia, com diretriz de utilização.
- ✓ Em termos de atenção à saúde pública e planejamento familiar, trata-se de um direito garantido e de uma tecnologia que pode contribuir à autonomia reprodutiva masculina e à divisão de responsabilidades em contracepção.
- ✓ Apesar de segura, o procedimento exige adequado processo de aconselhamento, consentimento livre e esclarecido, e seguimento pós-operatório, para garantir qualidade e evitar falhas.
- ✓ Os principais riscos são baixos: sangramentos, hematomas, infecções, dor local. A falha global é rara, mas possível, e o procedimento é considerado definitiva — a reversão existe, mas nem sempre com sucesso e não garantida pela rede pública.

3.Objetivo(s):

- ✓ Padronizar o atendimento de vasectomia no município/região, conforme diretrizes do MS, garantindo qualidade, segurança, respeito aos direitos dos usuários e articulação da rede de saúde.
- ✓ Assegurar que a indicação, a preparação, o procedimento, o pós-operatório e o acompanhamento sejam realizados de forma sistemática, com critérios definidos de inclusão/exclusão, atribuições claras, indicadores de qualidade e plano de implantação.
- ✓ Contribuir para o fortalecimento do planejamento familiar masculino, ampliando o acesso à contracepção definitiva, diminuindo desigualdades e promovendo a saúde sexual e reprodutiva masculina.
- ✓ Monitorar os resultados (qualitativos e quantitativos) do serviço, para melhoria contínua.

4.Recursos físicos e materiais

- ✓ Sala de procedimento ambulatorial ou hospitalar com capacidade para cirurgia de pequeno porte, anestesia local, esterilização, recuperação rápida.
- ✓ Sala de espera e acolhimento para consulta pré-operatória de aconselhamento.
- ✓ Sala de pós-procedimento para recuperação mínima (sob observação) antes de alta.
- ✓ Área de triagem e recepção para registro da manifestação de vontade, consentimento livre e esclarecido (TCLE).
- ✓ Recursos de esterilização de instrumentos, descarte de resíduos, controle de infecção.
- ✓ Espaço para orientação e acolhimento psicológico/social.
- ✓ Instrumental cirúrgico básico para vasectomia: bisturis, tesouras finas, pinças hemostáticas, retratores, fios de sutura absorvíveis ou não, clips hemostáticos se usados.
- ✓ Kit de anestesia local (por exemplo, lidocaína 1 % ou 2 %), seringas, agulhas, antisséptico, campos estéreis, compressas, luvas estéreis, avental hospitalar, máscara e proteção para equipe.
- ✓ Equipamento para monitoramento básico (PA, FC, oximetria se necessário).
- ✓ Equipamento de esterilização (autoclave) ou utilização de materiais descartáveis conforme protocolo local.
- ✓ Materiais para pós-operatório: gaze, curativo, antiplaquetários/analgésicos prescritos, material de orientação para o paciente (folheto de cuidados pós-operatórios).
- ✓ Sistema de registro (prontuário ou sistema eletrônico) para manifestação de vontade, TCLE, fichas de acompanhamento, espermograma.
- ✓ Materiais para comunicação ao usuário: folder ou cartilha explicativa da vasectomia, consentimento informado, instruções pós-operatórias.
- ✓ Equipamento de esterilização e descarte de resíduos perfurocortantes, latas de resíduos infectantes.
- ✓ Equipamentos de limpeza, ambiente adequado com circulação de ar, iluminação adequada, móveis ergonômicos conforme norma de boas práticas.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Médico (urologista)

- ✓ Realiza consulta pré-operatória, avaliação clínica do solicitante, esclarecimento de dúvidas, coleta de exames, assinatura do TCLE.
- ✓ Realiza o procedimento cirúrgico de vasectomia, assina o prontuário de cirurgia, orienta sobre cuidados pós-operatórios, solicita espermograma conforme protocolo.
- ✓ Acompanha complicações, fornece retorno ou encaminhamento.

Enfermeiro

- ✓ Realiza acolhimento e triagem do paciente, verifica critérios de elegibilidade, confirma assinatura do termo de consentimento, orienta para preparo pré-operatório e cuidados pós-operatórios, organiza material de ensino ao paciente.
- ✓ Coordena o planejamento do processo de circuito do paciente (pré-cirurgia, cirurgia, pós-cirurgia) e mantém controle de indicadores de qualidade.

Psicólogo/Assistente Social

- ✓ Realiza aconselhamento pré-operatório em planejamento familiar, verifica compreensão da decisão, avaliação de vulnerabilidades psicossociais ou dúvidas, reforço da autonomia da escolha.

Anestesiologista

- ✓ Administra anestesia local conforme protocolo, monitora paciente durante procedimento, registra parâmetros de vitalidade.

Técnico de enfermagem

- ✓ Prepara sala, esteriliza instrumentos, organiza mesa cirúrgica, auxilia o cirurgião, realiza contagem de instrumentais e materiais, segue protocolo de prevenção de infecção.
- ✓ Assegura as condições de sala de procedimento, esterilização de instrumentos, descarte adequado de resíduos e cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar.

Diretor Técnico

- ✓ Responsável pela implementação do protocolo, pela articulação entre níveis de atenção (atenção primária, especializado, hospitalar), pelo monitoramento dos indicadores, pelo planejamento do cronograma de implantação, e pela gestão de insumos e recursos humanos.

6. Atividades:

6.1 Critérios de Inclusão

- ✓ Homem com capacidade civil plena, ou seja, apto a manifestar vontade de forma consciente e livre.
- ✓ Idade mínima de 21 anos ou, independentemente da idade, com pelo menos dois filhos vivos (segundo a legislação atual) para realização voluntária da vasectomia.
- ✓ Manifestação de vontade livre, com paciente devidamente orientado, informado e sem coação.
- ✓ Paciente com condição clínica que permita a realização do procedimento de forma segura (avaliado por urologista).
- ✓ Acordo em utilizar método contraceptivo adicional até confirmação de azoospermia.

6.2 Critérios de Exclusão

- ✓ Indisponibilidade de consentimento livre e esclarecido ou incapacidade de compreender o procedimento ou suas implicações.
- ✓ Condição clínica que impeça a realização segura do procedimento (ex: infecção ativa do trato genital, doença que impeça anestesia local ou comprometa recuperação).
- ✓ Paciente com expectativa de futura fertilidade imediata/curto prazo que não aceitou o caráter permanente do procedimento.
- ✓ Não cumprimento do prazo mínimo entre manifestação de vontade e cirurgia, conforme normativa local/ministerial.
- ✓ Falta de acompanhamento ou recusa de usar método contraceptivo adicional até azoospermia confirmada

6.3 Etapa 1 – Solicitação e manifestação de vontade

- ✓ Paciente manifesta interesse em vasectomia e é encaminhado para consulta de aconselhamento em planejamento familiar ou urologia.
- ✓ Enfermeiro ou assistente social verifica critérios de elegibilidade (idade mínima ≥ 21 anos ou pelo menos dois filhos vivos, capacidade civil plena) conforme a legislação vigente.
- ✓ Agendamento de consulta pré-operatória com urologista.
- ✓ Entrega de material educativo e explicativo sobre o procedimento, riscos, benefícios, irreversibilidade, necessidade de método contraceptivo adicional por 60-90 dias, espermograma de controle.
- ✓ Paciente assina a Manifestação de Vontade e aguarda o prazo mínimo regulamentar (mínimo 60 dias entre manifestação de vontade e cirurgia) conforme normativa do MS.
- ✓ Agendamento de data para procedimento cirúrgico.

6.4 Etapa 2 – Avaliação pré-operatória

- ✓ Consulta médica com urologista: avaliação clínica, exame físico, esclarecimento final, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) especificando que o método não protege contra IST e que é definitivo.
- ✓ Solicitação de exames de rotina conforme protocolo local (ex: hemograma, coagulograma, sorologias, conforme risco e orientação institucional).
- ✓ Preparação do paciente: jejum, higiene local, orientações para abstinência de atividade intensa, ingestão de líquidos, levar acompanhante, conforme rotina local. (Ver literatura de cuidados pré-operatórios).
- ✓ Verificação de consentimentos, documentação, preenchimento da ficha de procedimento e registro no prontuário.

6.5 Etapa 3 – Procedimento cirúrgico

- ✓ Dia da cirurgia: acolhimento, verificação de identificação, preparo da sala e instrumentação.
- ✓ Administração de anestesia local (ou sedação leve se protocolado).
- ✓ Realização da vasectomia: incisão (ou técnica de “no-scalpel” se adotado), identificação dos ductos deferentes, ressecção ou ligadura bilateral, cauterização ou outro método de oclusão, fechamento das incisões, curativo.
- ✓ Monitoramento pós-procedimento, observação em sala de recuperação conforme protocolo local.
- ✓ Alta com orientações escritas (folheto) e agendamento de retorno ou contato telefônico para esclarecimentos.

6.6 Etapa 4 – Pós-operatório e acompanhamento

- ✓ Orientações ao paciente sobre repouso relativo, uso de suspensório escrotal, evitar atividades físicas intensas ou relações sexuais nos primeiros dias, higiene local, sinais de alarme (dor intensa, febre, hematoma crescente).
- ✓ Uso de método contraceptivo adicional (preservativo ou outro) até confirmação de azoospermia por espermograma (aproximadamente 60-90 dias após).
- ✓ Agendamento de espermograma de controle (ex: entre 8 e 12 semanas após) para confirmar ausência de espermatozoides.
- ✓ Retorno ambulatorial com urologista ou enfermeiro para avaliação de evolução, eventuais complicações e registro dos resultados.
- ✓ Registro do procedimento, espermograma, ocorrência de intercorrências, no sistema de monitoramento do serviço/município.

6.7 Etapa 5 – Encerramento do caso

- ✓ Se espermograma confirmar azoospermia, paciente recebe orientação final de que o método está efetivo como contracepção definitiva.
- ✓ Caso persista espermatozoides, avaliar necessidade de nova consulta com urologista para investigação de falha (raríssima) ou reforço de orientação.
- ✓ Inserção no sistema de indicadores e relatório para coordenação local.

7. Resultados esperados e indicadores

7.1 Resultados esperados

- ✓ Realização da vasectomia com segurança e em conformidade com diretrizes vigentes, sem intercorrências maiores.
- ✓ Confirmação de azoospermia por espermograma em prazo esperado (ex: até 90 dias) na maioria dos casos.
- ✓ Paciente e parceiro bem orientados e satisfeitos com o processo assistencial, com acompanhamento adequado.
- ✓ Redução de falhas ou complicações pós-operatórias (infecções, hematomas, dor persistente).
- ✓ Integração da vasectomia no programa municipal/regional de planejamento familiar, com aumento de cobertura e acesso ao método masculino.
- ✓ Registro e monitoramento sistemático dos indicadores de qualidade, contribuindo para melhoria contínua.

7.2 Indicadores

- ✓ Percentual de pacientes que realizaram vasectomia dentro do prazo máximo definido (ex: até 30 dias após o prazo mínimo de manifestação de vontade) — conforme meta local/regional.
- ✓ Percentual de pacientes com espermograma de controle realizado no prazo (por exemplo, entre 60-90 dias) e taxa de azoospermia confirmada.

- ✓ Taxa de complicações pós-operatórias (infecção, hematoma, readmissão) por 100 procedimentos.
- ✓ Percentual de pacientes que receberam orientação completa (folheto + consulta + consentimento) antes da cirurgia.
- ✓ Percentual de usuários satisfeitos (avaliação de satisfação do paciente) com o atendimento pré-, intra- e pós-operatório.
- ✓ Tempo médio entre a manifestação de vontade e a realização do procedimento.
- ✓ Percentual de casos que seguiram protocolo de acompanhamento pós-operatório (uso de método contraceptivo adicional, retorno agendado, espermograma).
- ✓ Registro de cobertura: número de vasectomias realizadas por 1.000 homens em faixa etária elegível no município/região.

8. Plano de implantação:

- ✓ Novembro: formação da equipe, capacitação, inventário de insumos e materiais.
- ✓ Dezembro: fase piloto e coleta de indicadores.
- ✓ Janeiro: consolidação e auditoria inicial do protocolo.

9. Notas importantes

- ✓ Ressalta-se que a vasectomia é procedimento de contracepção definitiva — o paciente deve estar plenamente consciente desse fato, com esclarecimento de que a reversão não é garantida e nem disponível em rede pública.
- ✓ O procedimento **não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)** — essa informação *deve* estar clara no consentimento.
- ✓ O prazo mínimo entre manifestação de vontade e a cirurgia (ex: 60 dias) deve ser respeitado para assegurar reflexão livre e consciente.
- ✓ O critério de idade mínima de 21 anos (ou dois filhos vivos) deve ser observado.
- ✓ Informar ao paciente sobre o uso de método contraceptivo adicional até confirmação da azoospermia.

- ✓ Garantir registro adequado de todos os documentos: manifestação de vontade, consentimento, ficha de procedimento, resultados de espermograma, complicações.
- ✓ Manter articulação entre atenção primária, especializado e a rede para garantir recall, acompanhamento e integração no planejamento familiar.
- ✓ Considerar adaptações locais: disponibilidade de salas, materiais, equipe, fluxos de agendamento, taxa de absenteísmo, transporte, acessibilidade.
- ✓ Revisar o protocolo anualmente ou conforme mudança em normativas do MS ou outras entidades competentes.

10.Referências

- ✓ Ministério da Saúde. “Nota Técnica nº 34/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS” — trata de orientações sobre laqueadura e vasectomia no SUS.
- ✓ Ministério da Saúde. “Vasectomia | Biblioteca Virtual em Saúde MS” — explicações sobre o procedimento, suas vantagens, condições e cuidados.
- ✓ Ministério da Saúde. “Idade para realização de laqueadura e vasectomia passa de 25 para 21 anos” — normativa sobre elegibilidade.
- ✓ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 576/2023 — cobertura da vasectomia como procedimento na saúde suplementar.
- ✓ Site de divulgação do SUS / Viva o SUS – Vasectomia: guia completo.
- ✓ Artigos clínicos gerais sobre vasectomia (por exemplo Bedmed: “Vasectomia: o que é, como é feita e cuidados pré e pós-operatórios”).

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS GINECOLÓGICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

2.2.2.21. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS GINECOLÓGICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

1.Introdução

As cirurgias ginecológicas compreendem procedimentos voltados ao diagnóstico e tratamento de afecções do sistema reprodutor feminino, englobando intervenções endoscópicas, laparoscópicas e abertas. Incluem desde procedimentos eletivos, como histerectomias e ooforectomias, até urgências como gravidez ectópica rota e torções anexiais.

Este protocolo tem como finalidade padronizar as condutas cirúrgicas e perioperatórias em ginecologia, garantindo **segurança do paciente, efetividade clínica e conformidade com as normativas da ANVISA, FEBRASGO e ONA**, integrando os preceitos de qualidade assistencial do Instituto Social Mais Saúde.

2.Revisão de literatura:

A padronização dos fluxos ginecológicos hospitalares baseia-se em evidências robustas que demonstram redução de complicações infecciosas, sangramentos e reinternações quando protocolos estruturados são implementados.

As recomendações da **FEBRASGO (2024)** e da **OMS (2023)** destacam a importância da profilaxia antimicrobiana adequada, da avaliação pré-anestésica e do uso sistemático do Checklist de Cirurgia Segura.

Recomendações baseadas em evidência:

- Profilaxia antimicrobiana (cefazolina 1–2g EV) até 60 minutos antes da incisão: **Nível A – Forte recomendação.**
- Profilaxia tromboembólica em cirurgias pélvicas com risco moderado/alto: **Nível A – Forte evidência.**
- Realização de teste de gravidez e avaliação laboratorial prévia em todas as pacientes em idade fértil: **Nível B – Evidência moderada.**
- Uso do Checklist Cirúrgico (OMS/ANVISA): **Nível A – Evidência consolidada.**
- Monitoramento da função urinária e prevenção de infecção do trato urinário: **Nível B – Evidência moderada.**

Segurança e custo-efetividade:

A aplicação de protocolos ginecológicos padronizados melhora a previsibilidade de resultados, reduz complicações infecciosas e otimiza o uso de insumos e leitos, garantindo eficiência assistencial e econômica.

3.Objetivo(s):

Padronizar a conduta clínica e cirúrgica nos procedimentos ginecológicos, assegurando atendimento seguro, humanizado e conforme as boas práticas clínicas e de gestão hospitalar.

População-alvo:

Pacientes do sexo feminino submetidas a cirurgias ginecológicas eletivas ou de urgência de média complexidade.

Equipe executora:

Médicos ginecologistas, anesthesiologistas, equipe de enfermagem cirúrgica, instrumentadores, fisioterapeutas e equipe de apoio técnico.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Centro cirúrgico equipado com torre de vídeo laparoscópica e instrumentais ginecológicos;
- Mesa cirúrgica ginecológica, foco cirúrgico e aspirador de secreções;
- Equipamentos de anestesia e monitor multiparamétrico;

- Materiais de sutura, grampeadores e dispositivos hemostáticos;
- Equipamentos de proteção individual e coletiva;
- CME estruturada conforme RDC 15/2012 para esterilização e rastreabilidade.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Ginecologista	Avaliar, indicar e realizar o procedimento cirúrgico, definir técnica operatória, conduzir o pós-operatório e registrar todas as etapas do cuidado.
Anestesiologista	Avaliar risco anestésico, conduzir anestesia adequada, monitorar parâmetros vitais e assegurar estabilidade hemodinâmica.
Enfermagem Cirúrgica	Preparar a sala e o paciente, garantir a assepsia e antisepsia, auxiliar o cirurgião e registrar intercorrências.
CME / Apoio Técnico	Processar, esterilizar e rastrear instrumentais ginecológicos.
Fisioterapia	Promover mobilização precoce e exercícios respiratórios.
NQSP / NEP	Monitorar adesão aos protocolos, realizar auditorias e capacitar as equipes envolvidas.

6. Atividades:

Pré-operatório:

- Avaliação clínica e ginecológica detalhada, exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografia pélvica).
- Estratificação de risco ASA e consentimento informado.
- Teste de gravidez (β -hCG) para mulheres em idade fértil.
- Profilaxia antimicrobiana e tromboembólica conforme risco.
- Aplicação do Checklist Cirúrgico da OMS/ANVISA.

Intraoperatório:

- Realização da antissepsia e posicionamento adequado da paciente.
- Procedimento conforme técnica indicada (laparotomia, laparoscopia ou vaginal).
- Monitoramento contínuo dos sinais vitais e perdas sanguíneas.
- Comunicação clara entre cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem.
- Registro completo no prontuário eletrônico e ficha de rastreabilidade.

Pós-operatório:

- Observação na SRPA até estabilização anestésica.
- Avaliação de dor, sangramento, débito urinário e sinais de infecção.
- Cuidados com ferida operatória e curativos.
- Mobilização precoce e fisioterapia preventiva.
- Orientação sobre higiene íntima, retorno e restrições pós-operatórias.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Procedimento cirurgico realizado (meta contratual)	Número de Procedimento cirurgico realizado – Cirurgia Ginecologica	60	Mensal
Taxa de sucesso cirúrgico ginecológico	$(\text{Cirurgias sem intercorrências} \div \text{Total de cirurgias}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Taxa de infecção de sítio cirúrgico	$(\text{Casos de ISC} \div \text{Total de cirurgias ginecológicas}) \times 100$	$\leq 3\%$	Mensal
Taxa de reinternação por complicação pós-operatória	$(\text{Reinternações} \div \text{Total de cirurgias}) \times 100$	$\leq 5\%$	Trimestral
Taxa de adesão ao Checklist Cirúrgico	$(\text{Checklists completos} \div \text{Total de cirurgias}) \times 100$	100%	Mensal
Tempo médio de internação pós-cirúrgica	Média (dias)	≤ 2 dias	Trimestral

8.Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos e recursos disponíveis	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento das equipes cirúrgicas	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação em regime de observação	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Coleta e análise dos indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9.Notas importantes

- Todo material biológico deve ser manuseado conforme protocolo de biossegurança.
- Profilaxia antimicrobiana obrigatória em todos os procedimentos.
- Identificação e rastreabilidade dos instrumentais e suturas devem ser garantidas.
- Em cirurgias laparoscópicas, verificar integridade do sistema de insuflação e filtros HEPA.
- Documentar intercorrências, transfusões e materiais implantáveis.

10.Referências

- FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Diretrizes Assistenciais e Cirúrgicas em Ginecologia*. 2024.
- BRASIL. ANVISA. RDC nº 36/2013 – *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.
- BRASIL. ANVISA. RDC nº 15/2012 – *Boas Práticas de Processamento de Produtos para Saúde*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade Técnica em Cirurgias Ginecológicas*.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Surgical Safety Checklist – 2nd edition, 2023*.
- ILAS – Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. *Protocolos Assistenciais 2025*.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024*.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL - OBSTETRÍCIA –
DIRETRIZES PARA O PARTO SEGURO****2.2.2.22. PROTOCOLO CLINICO ASSISTENCIAL – OBSTETRÍCIA –
DIRETRIZES PARA O PARTO SEGURO****1.Introdução**

A assistência ao parto modificou-se radicalmente no último século, transitando de um evento familiar acompanhado por equipe técnica pouco qualificada para o ambiente hospitalar e um conjunto de intervenções que reduziram drasticamente a ocorrência de mortes maternas e perinatais.

Todavia, crescente preocupação nas últimas décadas pontuou a existência de inúmeras práticas ofertadas rotineiramente na assistência ao parto, notadamente daquele de risco habitual, não embasadas na melhor evidência científica, trazendo em seu bojo, não apenas risco clínico, como também impactando na percepção positiva da mulher em relação ao seu parto.

A ampliação dos atores envolvidos na assistência ao parto, o fortalecimento dos elementos bioéticos aplicados no cuidado obstétrico, bem como o avanço na produção do conhecimento científico amparado nas melhores evidências científicas fez com que fosse necessária uma ampla revisão das práticas clínicas oferecidas às mulheres no transcurso da parturição.

2.Revisão de literatura:

A definição de parto eutócico: o nascimento que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém-nascido em boas condições.

Partos eutócicos fazem parte das competências dos Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes: RESOLUÇÃO COFEN Nº 477/2015; RESOLUÇÃO COFEN Nº 479/2015; RESOLUÇÃO COFEN Nº 524/2016; RESOLUÇÃO COFEN Nº 672/2021.

Profissionais que assistem ao parto: a assistência ao parto de risco habitual, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeiro obstétrico ou obstetriz. Cabe aos demais

profissionais da equipe de saúde (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas) o auxílio ao processo de parturição, respeitado os aspectos legais de cada categoria profissional.

Definições

- Definições das Fases Latente e Ativa do Trabalho de Parto

A fase latente do primeiro período do parto: é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm, para nulíparas e multíparas;

A fase ativa do primeiro período do parto: é caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para nulíparas e multíparas.

- Duração do Primeiro Período do Parto

As parturientes e seu acompanhante devem ser informados de que a duração padrão da fase latente do primeiro período do parto (fase de dilatação) não é estabelecida e pode variar amplamente de mulher para mulher.

As parturientes e seu acompanhante devem ser informados de que a duração da fase ativa do primeiro período do parto (fase de dilatação) de 5 cm até a dilatação cervical total, geralmente

não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e, geralmente, não se estende além de 10 horas nas multíparas.

Este protocolo inclui recomendações baseadas em evidências sobre cuidados na assistência ao parto, focando nos aspectos principais do cuidado, sem restringir práticas que busquem o bem estar da mulher no processo da parturição. Alinhando-se às Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), (WHO 2018).

A justificativa primordial do Protocolo de Parto Seguro do Hospital é a adoção de cuidados humanizados universais, ao longo de todo itinerário terapêutico das parturientes: cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de maneira a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Cuidados Gerais Durante o Trabalho de Parto

- Informações e Comunicação
 - Apresentar-se à mulher e ao seu acompanhante, dirigindo-se à parturiente pelo nome ou como gostaria de ser chamada.
 - Oferecer as informações de que necessitam de forma clara e concisa, evitando termos técnicos de difícil compreensão e utilizando materiais educativos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos.
 - Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher com uma atitude positiva.
 - Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogios, reafirmação e escuta ativa.
 - Apoiar a mulher a entender que ela tem escolhas e que serão apoiadas, encorajando-a a expressar suas dúvidas, necessidades e preferências, e atualizando-a regularmente, bem como ao acompanhante, sobre o que está acontecendo.

- Os procedimentos devem ser explicados à mulher e deve ser obtido o seu consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para alguns procedimentos.
- Verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem o português do Brasil e se há necessidade de tradução.
- Orientar sobre estratégias de alívio da dor disponíveis e oferecer informações para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.
- Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.
- Assegurar que a equipe de cuidados de maternidade seja treinada de acordo com os padrões nacionais de competência em comunicação interpessoal e habilidades de aconselhamento
- Antes do parto informar as mulheres sobre as seguintes questões:
 - Benefícios e riscos da indução do parto (indicações médicas e eletivas);
 - A necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Este acompanhante deve receber as informações importantes;
 - Estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
 - Fluxos, rotinas e limitações (física, recursos disponíveis) relativas à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
 - Os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.,
- Apoio físico e emocional:
 - As parturientes devem receber apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

- O apoio contínuo por pessoa de escolha da gestante (acompanhantes e doulas particulares) não dispensa o apoio oferecido pela equipe de saúde que presta assistência ao parto.
- A parturiente não deve ser deixada sozinha, exceto por períodos muito curtos de tempo ou por sua solicitação.
- As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher

História Clínica E Exame Clínico

Todas as parturientes internadas para resolução do parto, independente da via, terão o registro em prontuário de sua história clínica e dependendo da avaliação clínica, será realizado o exame físico completo.

Os itens importantes para o registro em prontuário da história clínica das parturientes internadas para a resolução do parto são:

- Antecedentes mórbidos pessoais;
- Antecedentes mórbidos familiares;
- Antecedentes mórbidos ginecológicos;
- Antecedentes mórbidos obstétricos;

A avaliação física das parturientes internadas para resolução do parto é cefalocaudal, os importantes para avaliação e registro são:

- Couro cabeludo, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral e pescoço;
- Tórax, ausculta pulmonar e cardíaca, mamas e secreções mamárias;
- Membros superiores;
- Abdômen, altura do fundo do útero, batimentos cardíacos fetais, movimentação fetal, dorso fetal, apresentação fetal, dinâmica uterina;
- Região íntima, cavidade vaginal, secreção vaginal, dilatação do colo uterino, bolsa das águas, variedade de posição fetal, altura da apresentação fetal;
- Membros inferiores.

Exames de Diagnósticos Recomendados

Os testes rápidos de Anti-HIV 1 e 2, Teste rápido Anti-HCV, Teste rápido de Sífilis e Teste rápido HBsAg são obrigatórios a todas as pacientes que internarem e é de responsabilidade da equipe de enfermagem a operacionalização. O ISMS segue o fluxo 01 do Ministério da Saúde, por essa razão não requer a solicitação médica dos testes para o laboratório.

Obs.: a solicitação para o laboratório dos testes rápidos será realizada apenas quando a equipe médica for sinalizada pela Coordenação do Complexo Obstétrico.

Hemograma completo, VDRL e Tipagem sanguínea são exames obrigatórios para todas as pacientes que internarem, independente da via de parto. A solicitação deverá ocorrer no setor da internação (PSGO) e a coleta deverá ocorrer no setor de internação ou no setor da resolução do parto (CO/PPP).

A ausculta pelo ultrassom Doppler ou com o estetoscópio de Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.

A cardiotocografia é indicada para todas as parturientes com idade gestacional acima de 30 semanas e fora de trabalho de parto ativo.

Tratamento Indicado e Plano Terapêutico

- Dieta Durante o Trabalho De Parto

Para parturientes de risco habitual, recomenda-se a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

- Medidas de Assepsia para o Parto Vaginal
 - Não é recomendada a limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas.
 - A água e sabão podem ser usados para a limpeza vulvar e perineal, se houver necessidade, antes do exame vaginal.
 - Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas são necessárias para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, recém nascidos e profissionais
- Manejo da Dor no Trabalho de Parto

A) Abordagem não farmacológica da dor

- Os profissionais devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções, de acordo com as convicções da mulher, salvaguardando a segurança materna e fetal.
- A deambulação e livre movimentação materna é permitida, especialmente no primeiro e segundo período do trabalho de parto.
- Técnicas como massagem ou aplicação de compressas mornas em região lombar são recomendadas para parturientes independente do risco que desejem alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo da preferência da mulher.
- Se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha.
- Métodos como bola de parto, técnicas de respiração e relaxamento, banhos de chuveiro, musicoterapia podem proporcionar redução na dor, com custo e risco mínimos, podendo ser utilizados de maneira associada e conforme disponibilidade e desejo da mulher.
- Se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada.
- Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto;
- Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água morna ou banho de aspersão em água morna para alívio da dor no trabalho de parto.
- Quando possível, a acupuntura e a hipnose podem ser oferecidas às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, deve ser realizado apenas por profissional habilitado.
- Tentar retardar ou evitar a progressão do trabalho de parto com métodos de alívio da dor não é recomendado.
- Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar audio- analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

B) Eliminação de Mecônio Imediatamente Antes ou Durante o Trabalho de Parto

- Devido à grande variação intra e interobservador, não há evidências de que a classificação em gradação do líquido meconial tenha utilidade clínica.
- A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para detecção da hipoxia fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto. Na indisponibilidade da monitoração eletrônica contínua, a ausculta fetal intermitente e qualificada, antes durante e após as contrações, seguindo técnicas padronizadas, pode ser utilizada.
- A eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, de forma isolada, não é indicação de cesariana.
- Se houver eliminação significativa de mecônio deve ser assegurado, à parturiente, cuidados individualizados, em ambiente seguro, através de profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal para assistência no momento do parto.

Observação: A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal é realizada através do cardiotocógrafo sem fio.

- Práticas que Devemos Combater

A depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal não é recomendada. A administração de enema na admissão para o parto não é recomendada.

A pelvimetria clínica de rotina na admissão da parturiente não é recomendada para gestantes saudáveis independente do risco.

A cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do parto de início espontâneo, em gestantes saudáveis de risco habitual.

A manobra de Kristeller; Episiotomia de rotina;

Observação: a manobra de Kristeller é proibida a todos os profissionais da Enfermagem: PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL Nº 338/2016/COFEN.

Observação: a episiotomia é uma prática médica obsoleta, repassada ao longo dos anos a todos os profissionais que assistem ao parto como medida de proteção perineal. Esta prática não possui evidência científica que apoie a realização. Praxe desencorajada a todos os profissionais de Enfermagem.

Critérios de Internação

- Políticas na Admissão Para o Parto

Até que mais evidências estejam disponíveis, uma gestante que se apresenta a unidade hospitalar em trabalho de parto deve ser admitida e apoiada adequadamente, mesmo no início do trabalho de parto, a menos que sua preferência seja aguardar o trabalho de parto ativo em casa.

Para as mulheres admitidas durante a fase latente do primeiro período, as intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e o parto devem ser evitadas se o bem-estar materno e fetal estiver assegurado.

Para as mulheres admitidas na fase latente e seus acompanhantes, salas limpas e confortáveis devem estar disponíveis assim que for possível. Estimular a utilização dos espaços para caminharem e sinalizar a localização dos banheiros, orientar sobre a rotina das refeições e onde podem encontrar água para consumo próprio.

Os planos de parto precisam ser individualizados de acordo com as necessidades e preferências da mulher e todas as mulheres que se apresentam ao Hospital Regional Dr Abelardo Santos em trabalho de parto devem ser avaliadas clinicamente de acordo com a prática clínica recomendada, que inclui a realização de um exame de toque vaginal digital, mediante consentimento da mulher, para ser avaliada quanto ao trabalho de parto.

Critérios de Mudança Terapêutica

É de responsabilidade médica a mudança de terapêutica da assistência ao parto vaginal independente do risco, para intervenções mais invasivas, como por exemplo, indicação resolução por via alta/cesárea. Acionar equipe médica, caso na assistência não seja pelo profissional, na presença de anormalidades, exemplos mencionados no item 12.1 desse protocolo.

Critérios de Alta ou Transferência

O planejamento para a alta hospitalar, da puérpera, inicia após 24h de pós-parto independente da via de parto, após a solicitação e liberação dos exames laboratoriais de rotina sem alterações/desvios da normalidade. Exemplos de exames de rotina:

- Hemograma na fase puerperal;
- VDRL;
- Tipagem sanguínea;
- A alta hospitalar é de responsabilidade médica. Após a confecção dos documentos necessários para a alta hospitalar, o médico assistencial deve repassar ao enfermeiro da unidade as informações e os impressos. Exemplos dos impressos:
- 2 vias do sumário de alta, assinados e carimbados;
- 2 vias do receituário médico individualizado;
- 1 via da declaração de internação, para fins legais da puérpera;
- 1 via de atestado médico, para fins legais da puérpera;
- 1 via da prescrição médica, para arquivamento;
- 1 via da evolução médica diária, para arquivamento;

O planejamento para a alta hospitalar, do recém-nascido, inicia após 48h de vida, independente da via de nascimento, após a solicitação e liberação dos exames laboratoriais de rotina sem alterações/desvios da normalidade. Exemplos de exames de rotina:

- Hemograma na fase puerperal;
- VDRL;
- Tipagem sanguínea;
- Bilirrubina totais e frações;

É de responsabilidade médica a solicitação de transferência extra hospitalar, após a comunicação da solicitação, a equipe de enfermagem deverá entrar em contato com o Núcleo Interno de Regulação – NIR, para operacionalizar transferência e organização da documentação obrigatória. Exemplos das documentações:

- AIH de transferência;
- Evolução diária;
- Cópias:
- Registro de identificação – RG

- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Comprovante de residência;
- Teste COVID-19.

Monitoramento

- Cuidados e Monitoração no Primeiro Período do Parto
 - As parturientes de risco habitual sem analgesia devem ser estimuladas a movimentar-se e a assumir posições verticalizadas durante o trabalho de parto, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.
 - O exame pélvico digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual, a menos que haja alguma preocupação com a progressão do parto.
 - Em parturientes de risco habitual, registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:
 - Frequência das contrações uterinas a cada 1h;
 - Frequência cardíaca fetal a cada 1h;
 - Frequência cardíaca materna a cada 4h;
 - Temperatura e Pressão arterial a cada 4h;
 - Frequência da diurese a cada 4h.
 - A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com o sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto, atendendo-se ao seguinte:
 - Auscultar antes, durante e após contração, ao menos durante 1 minuto, registrando um único valor;
 - Registrar a quantidade de acelerações e desacelerações;
 - Palpar o pulso materno para diferenciar dos batimentos maternos, se necessário.

- A cardiocotografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto espontâneo.
- Realizar interconsulta para médico obstetra, se este não for o profissional que estiver assistindo a mulher, na presença de qualquer uma das seguintes condições:
 - Frequência cardíaca materna >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
 - Pressão arterial sistólica ≥ 150 mmHg OU PA diastólica ≥ 100 mmHg em uma única medida;
 - Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg OU diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
 - Proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
 - Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões em período de 1 hora;
 - Qualquer sangramento transvaginal, exceto eliminação de tampão;
 - Eliminação de mecônio significativo em líquido amniótico;
 - Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
 - Progressão lenta do trabalho de parto;
 - Qualquer emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno;
 - Qualquer apresentação anômala, incluindo cefálicas defletidas e apresentação pélvica;
 - Apresentação cefálica alta ou móvel em nulípara;
 - Suspeita de restrição de crescimento fetal ou macrosomia;
 - Suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio;
 - Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
 - Desacelerações da FCF à ausculta intermitente

- Uso do Partograma na Assistência ao Parto

Para parturientes com início de trabalho de parto espontâneo, o limite da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora, durante a fase ativa do primeiro estágio (conforme representado pela linha de alerta do partograma de Philpott) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos no parto e, portanto, não é recomendado para esse fim.

O início do preenchimento do Partograma leva em consideração 2 fatores importantes, dilatação cervical e contrações uterinas, sendo assim, a abertura é feita a partir de 6 cm de dilatação cervical e COM no mínimo 2 contrações uterinas com duração maior de 40 segundos.

As linhas de alerta e ação não são válidas para o monitoramento do trabalho de parto.

Todos os itens presentes no partograma são de preenchimento obrigatório: marcadores de identificação segura da paciente, hipótese diagnóstica (risco habitual ou alto risco) paridade, idade gestacional, resultados dos testes rápidos, dilatação cervical, apresentação, variedade de posição, contração uterina, batimentos cardíacos fetais, pressão arterial, líquido amniótico, medicações usadas durante a avaliação.

- Intervenções e Medidas de Rotina no Primeiro Período do Parto

O uso de amniotomia isoladamente para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado.

O uso de amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado.

Diante da suspeita de falha na progressão no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Deve-se explicar à parturiente o motivo deste procedimento e avisar que o mesmo pode aumentar a intensidade e dor das contrações.

O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado.

O uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado.

Se a ocitocina for indicada, utilizar esquema de baixa dose e assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos, e a dose não deve ser aumentada após atingir 4 contrações em 10 minutos.

Se a ocitocina for indicada, informar a parturiente o motivo do uso de ocitocina, que haverá aumento na frequência e intensidade das contrações e que o feto deverá ser monitorado continuamente ou com mais frequência.

O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até que um limiar de dilatação cervical de 6 cm seja atingido. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e nascimento (como a amniotomia, o aumento de ocitocina ou cesariana) antes desse limite não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas estejam dentro da normalidade.

Na falha de progressão no primeiro estágio do parto, a parturiente deve ser assistida por médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados, realizar interconsulta imediatamente. Este deverá revisar o diagnóstico de falha de progresso e decidir sobre as opções de manejo, incluindo o uso de ocitocina.

- Assistência no Segundo Período do Parto
 - As parturientes de risco habitual sem analgesia devem ser estimuladas a movimentar-se e a assumir posições verticalizadas durante o trabalho de parto, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.
 - O exame pélvico digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual, a menos que haja alguma preocupação com a progressão do parto.
 - Em parturientes de risco habitual, registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:
 - Frequência das contrações uterinas a cada 1h;
 - Frequência cardíaca fetal a cada 1h;
 - Frequência cardíaca materna a cada 4h;
 - Temperatura e Pressão arterial a cada 4h;
 - Frequência da diurese a cada 4h.

- Posições e imersão em água

Caso não haja necessidade de manipulação do feto nem complicações, a parturiente deve ser incentivada a adotar a posição mais confortável no segundo período do parto, assegurando a possibilidade de avaliação da vitalidade fetal. Avaliar a real necessidade de proteção do períneo. A imersão em água morna e o banho de aspersão com água morna são recomendados.

- Puxos

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do parto em parturientes sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.

- Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

O segundo estágio do parto é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento. Na maioria das parturientes, o segundo estágio do parto tem duração inferior a uma hora em nulípara, e, inferior a meia hora em multíparas. Contudo, nos casos em que a vitalidade fetal e as condições maternas permanecerem dentro dos limites da normalidade, o período expulsivo pode se estender em até duas horas para multíparas, e em até três horas para nulípara, sem analgesia epidural.

- Cuidados com o períneo

Para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo são recomendadas técnicas de proteção perineal que podem incluir: massagem perineal, compressas mornas e técnicas hands on, respeitando as preferências da mulher e as opções disponíveis.

Não realizar episiotomia de rotina na assistência ao parto vaginal. Esta prática não é recomendada aos profissionais da Enfermagem.

A episiotomia deve ser reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, ou necessidade de facilitar o parto de feto com sinais de comprometimento da oxigenação. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

A episiotomia pode ser utilizada quando houver dificuldade para introduzir o fórceps ou vácuo-extrator, e na distocia de ombros, para facilitar as manobras internas. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.

Após desprendimento do polo cefálico, pode-se verificar a presença de circular cervical de cordão umbilical, que poderá ser desfeita se forem apertadas realizando-se alça anterior, passando pela cabeça ou pelo corpo do feto, à medida que é expulso. Na impossibilidade da retirada da circular apertada, realizar a Manobra de "somersault". Passos a baixo:



Além de desnecessária, porque o cordão não irá enforçar o bebê, a ligadura precoce do cordão pode trazer efeitos adversos, privando o bebê do suprimento sanguíneo e das trocas gasosas que se processam através do cordão (MCDONALD, 2012).

É recomendado que se aguarde a rotação externa espontânea da cabeça fetal para desprendimento dos ombros, com leves movimentos de lateralização do corpo fetal. Deve-se evitar uso excessivo de força e de movimentos de tração lateral do feto, pois estas também são causas de trauma perineal.

- Falha de progresso no segundo período do parto.

No prolongamento do segundo período do parto a parturiente deve ser assistida por um médico obstetra. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

Caso o puxo espontâneo seja ineficaz, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.

Se houver prolongamento do segundo período do parto, ou se a mulher estiver excessivamente exausta, promover medidas de apoio e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

Para as nulíparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após uma hora do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.

Para as múltiparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após 30 minutos do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.

As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Em nulíparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto que, em múltiparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 2 horas.

Ainda é incerta a necessidade de avaliação ultrassonográfica da descida e posição fetal no segundo período do parto, podendo ser utilizada quando disponível, por médicos e enfermeiros obstétricos.

Se necessário e possível, a rotação manual ou digital do polo cefálico pode ser realizada por médico obstetra. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

Considerar o uso de parto vaginal operatório (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período. Apenas médicos obstetras estão habilitados para essa modalidade de parto. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

A escolha do instrumento para o parto vaginal operatório dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional. Apenas médicos obstetras estão habilitados para essa modalidade de parto.

Não devem ser realizadas rotineiramente tentativas sequenciais no parto com diferentes instrumentos para o parto vaginal operatório.

Sempre que possível, o parto instrumentalizado deve ser realizado com anestesia axial. Na impossibilidade, considerar o bloqueio regional. Apenas médicos obstetras estão habilitados para essa modalidade de parto. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

Realizar a cesariana sempre que os benefícios superarem os riscos, materno ou fetais. Apenas médicos obstetras estão habilitados para essa modalidade de parto. Acionar médico obstetra para assistência ao parto imediatamente quando os riscos forem identificados através de interconsulta.

Assistência no Terceiro Período do Parto

- Duração e definição do terceiro período do parto

Considerar terceiro período prolongado depois de decorridos 30 minutos do nascimento, sem expulsão da placenta, caracterizando a retenção placentária.

- Manejo do terceiro período do parto

O manejo ativo do terceiro período deve ser adotado em todos os partos.

A tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente na assistência ao terceiro estágio, desde que assistência seja prestada por um profissional treinado.

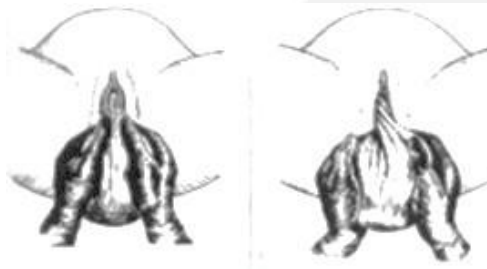
Utilizar a manobra de Brandt-Andrews em todas as puérperas que realizarem a tração controlada do cordão umbilical. Imagem abaixo:



O uso de uterotônicos para a prevenção de Hemorragia Pós Parto (HPP) durante o terceiro estágio do parto é recomendado para todos os partos, e a ocitocina (10 UI, IM) é o medicamento de escolha. A injeção de ocitocina na veia umbilical não é recomendada, por não ser eficaz na prevenção da HPP.

- Expulsão e revisão da placenta

Na expulsão da placenta, à medida que a ela emerge da vagina, recomenda-se girar lentamente a placenta (Manobra de Jacob Dublin, imagem abaixo), para evitar que as membranas se rompam e possivelmente fiquem retidas na cavidade uterina.



A placenta, o cordão umbilical e as membranas fetais devem ser sistematicamente examinados.

- Revisão perineal e reparo de lacerações

O reparo de laceração perineal deve ser realizado com anestesia adequada, e a extensão e descrição da localização da laceração devem ser anotadas no prontuário.

O fio de sutura Vicryl deve ser usado preferencialmente, na ausência utilizar Catgut simples ou cromado, a depender da avaliação. O ponto contínuo deve ser usado preferencialmente.

Lacerações de 3º grau deverão ser realizadas por médico obstetra. Acionar médico obstetra para rafia de laceração de 3º grau através de interconsulta.

Massagem uterina

- A massagem uterina

A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática.

- Interação mãe-filho

Na ausência de complicações maternas ou neonatais, deve ser garantido o contato pele a pele no parto a termo com recém-nascido saudável. O aleitamento materno, dentro de uma hora após o nascimento deve ser garantido.

3.Objetivo(s):

- Reduzir a mortalidade materna e neonatal;
- Fortalecer o protagonismo da parturiente, respeitando as suas escolhas fundamentais;
- Garantir a segurança do binômio materno-perinatal;
- Garantir uma experiência de parto positiva nortearam a atualização desse documento.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Leito obstétrico multiposicional, banqueta de parto, bola suíça, barra de suspensão e outros recursos para favorecer a mobilidade materna.
- Material de reanimação neonatal completo (mesa aquecida, aspirador, oxigênio, dispositivos de ventilação).
- Equipamentos para monitorização materno-fetal (cardiotocógrafo, doppler fetal, esfigmomanômetro, oxímetro).
- Medicamentos essenciais (ocitocina, misoprostol, sulfato de magnésio, anti-hemorrágicos, analgesia/anestesia).
- Kits de parto normal e cesariana.
- EPIs (luvas estéreis e de procedimento, aventais, óculos, máscara).
- Materiais para registro e documentação em prontuário eletrônico ou físico.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Obstetra / Obstetriz

- Realizar acolhimento, classificação de risco e plano assistencial de parto seguro.
- Conduzir partos de risco habitual conforme protocolos.
- Monitorar evolução do trabalho de parto, integrando práticas baseadas em evidências (partograma, métodos não farmacológicos de alívio da dor).
- Garantir comunicação efetiva com a equipe médica em casos de complicação.
- Registrar toda a assistência prestada.

Médico Obstetra

- Atuar nos casos de risco elevado ou intercorrências.
- Realizar intervenções cirúrgicas quando necessário.
- Assegurar decisão compartilhada com gestante e equipe.
- Garantir uso racional de intervenções (episiotomia, cesariana, fórceps).

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Auxiliar no preparo do ambiente, materiais e gestante.
- Apoiar nas práticas de conforto e métodos não farmacológicos.
- Realizar procedimentos sob supervisão do enfermeiro (verificação de sinais vitais, administração de medicamentos prescritos).
- Garantir higiene, organização e apoio imediato ao RN.

Pediatra

- Realizar assistência ao recém-nascido, assegurando reanimação se necessária.
- Estimular contato pele a pele imediato e início precoce da amamentação.
- Avaliar condições neonatais (Apgar, peso, medidas antropométricas).

Equipe Multidisciplinar (psicólogo, fisioterapeuta, doula, nutricionista, assistente social)

- Apoiar nas práticas de humanização, conforto físico e emocional.
- Favorecer vínculo mãe-bebê-família e educação em saúde.

6. Atividades:

Além das atividades descritas no item 2 do presente protocolo, inserimos abaixo a descrição da IHAC e o fluxograma.

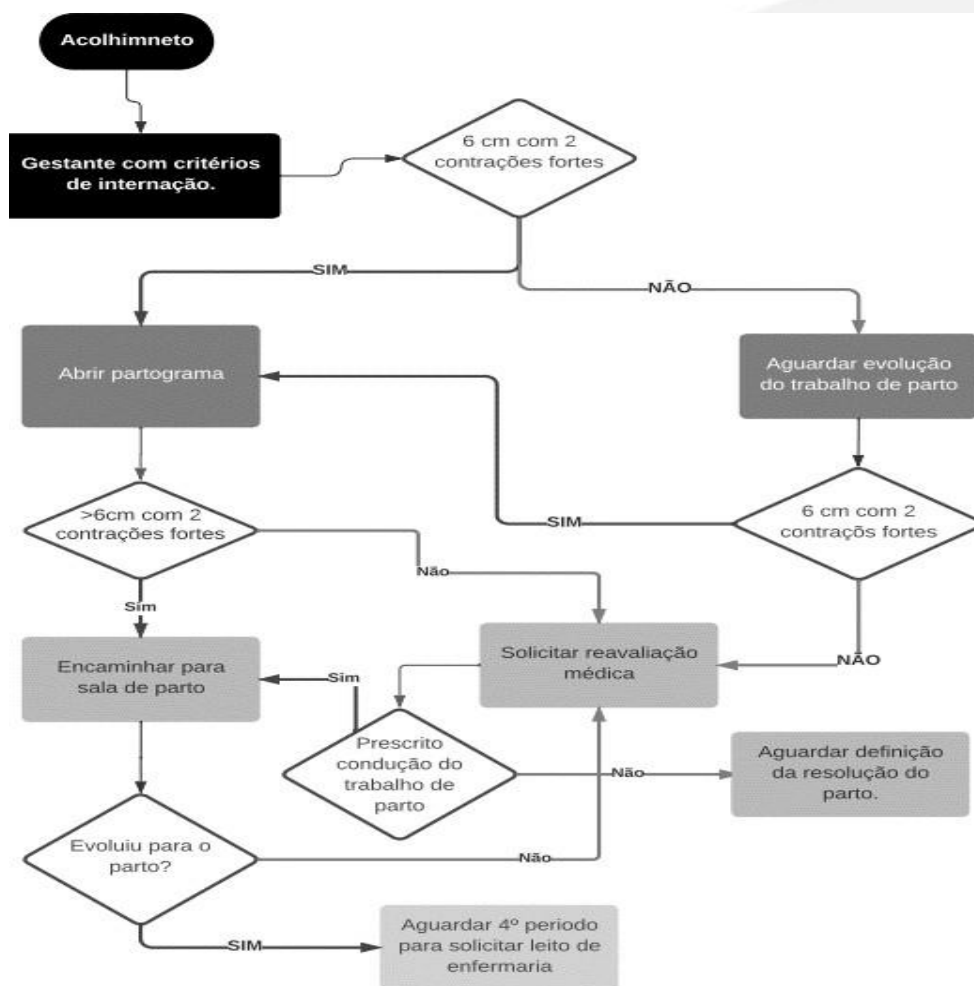
Iniciativo Hospital Amigo da Criança - IHAC

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF, em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso.

A iniciativa promove o aumento da frequência e da duração da amamentação e tem contribuído para a melhoria da saúde e redução de mortalidade das crianças brasileiras.

O ISMS apoia a IHAC, respeitando os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e orienta a todos os profissionais a:

- Acolher as mães, respeitando sua individualidade e transmitindo-lhe confiança;
- Escutar e aprender, trocando informações;
- Ajudar a mulher a acreditar na sua capacidade de amamentar o seu filho com sucesso;
- Dar informações que facilitem a amamentação;
- Criar grupos de apoio ao aleitamento materno;
- Ajudar na solução de problemas relacionados ao aleitamento materno;
- Garantir que o recém-nascido seja amamentado na primeira hora após o nascimento;
- Ensinar a mãe a amamentar e manter a lactação mesmo se tiver que se separar do filho;
- Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica;
- Encaminhar a mãe e o recém-nascido para um grupo de apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar.



7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia da segurança materna e neonatal em todas as etapas do parto.
- Redução de intervenções desnecessárias e práticas potencialmente danosas.
- Aumento da taxa de parto normal em risco habitual.
- Promoção de experiência positiva para a gestante e sua família.
- Melhora na satisfação dos profissionais de saúde com o processo de trabalho.

Indicadores

- Taxa de cesarianas (%).
- Taxa de partos normais assistidos por enfermeiro obstetra (%).
- Proporção de gestantes acompanhadas com partograma completo (%).
- Taxa de episiotomia (%).
- Taxa de recém-nascidos com Apgar ≥ 7 no 5º minuto (%).
- Índice de satisfação da gestante e acompanhante (pesquisa pós-parto).
- Taxa de aleitamento materno na primeira hora de vida (%).

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês

Avaliação de eficácia do treinamento	de	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança Paciente	de	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Abaixo, modelo de partograma utilizado pelo ISMS, vinculado ao protocolo em questão:

[illegible]

10.Referências

MCDONALD SUSAN J, MIDDLETON PHILIPPA. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 07, 2012. Art. No. CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – OBSTETRÍCIA – AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL ANTEPARTO

2.2.2.23. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL – OBSTETRÍCIA – AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL ANTEPARTO

1.Introdução

A avaliação da vitalidade fetal anteparto é um componente essencial da assistência obstétrica, visando identificar precocemente sinais de comprometimento do bem-estar fetal e prevenir desfechos adversos maternos e neonatais. A prática baseia-se em métodos clínicos e tecnológicos que permitem monitorar o crescimento, a oxigenação e a resposta do feto às condições intrauterinas, sobretudo em gestações de alto risco (hipertensão, diabetes, restrição de crescimento intrauterino, gestação múltipla, entre outras).

A adoção de protocolos padronizados garante maior segurança assistencial, favorece a tomada de decisão clínica e promove a redução de morbimortalidade perinatal.

2.Revisão de literatura:

A literatura evidencia que métodos como a contagem de movimentos fetais, o perfil biofísico fetal, a cardiocotografia anteparto (CTG) e a dopplervelocimetria são ferramentas eficazes na avaliação do bem-estar fetal.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e diretrizes do Ministério da Saúde (MS, 2012), a vigilância fetal deve ser intensificada em gestações de risco, sendo recomendada a aplicação periódica de testes específicos para prevenir a hipóxia intrauterina e reduzir óbitos evitáveis.

Estudos recentes apontam que a cardiotocografia, associada ao perfil biofísico, apresenta elevada sensibilidade para a detecção de sofrimento fetal crônico, enquanto o doppler das artérias umbilicais e cerebrais médias possibilita avaliação hemodinâmica mais precisa em casos de restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

3.Objetivo(s):

Monitorar o bem-estar fetal e resposta cardíaca fetal durante as contrações uterinas durante o trabalho de parto e parto em si, através da monitorização cardíaca fetal contínua e avaliação de padrões de frequência cardíaca fetal, visando detectar qualquer sinal de comprometimento da vitalidade fetal, permitindo assim intervenções adequadas para garantir um nascimento e parto seguro.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Cardiotocógrafo com sensores de frequência cardíaca fetal e contrações uterinas.
- Equipamento de ultrassonografia com doppler colorido.
- Materiais de registro (prontuário físico ou eletrônico).
- Maca obstétrica ajustável e confortável.
- Esfigmomanômetro e estetoscópio para avaliação materna.
- Profissionais treinados em interpretação de exames anteparto.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Obstetra / Obstetriz

- Realizar orientação à gestante sobre a importância da vigilância fetal.
- Executar a contagem de movimentos fetais e registrar em prontuário.

- Solicitar exames de rotina conforme protocolos institucionais.
- Auxiliar na realização e interpretação inicial da cardiotocografia e do perfil biofísico.
- Identificar sinais de alerta e comunicar imediatamente ao médico.

Médico Obstetra

- Indicar e interpretar exames complementares de avaliação da vitalidade fetal (CTG, doppler, perfil biofísico).
- Definir condutas clínicas e obstétricas a partir dos resultados (manutenção da gestação, internação ou interrupção).
- Garantir tomada de decisão baseada em evidências e protocolos institucionais.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Auxiliar no posicionamento da gestante durante os exames.
- Preparar e higienizar materiais e equipamentos.
- Registrar dados vitais maternos e comunicar alterações.
- Apoiar na organização do ambiente e acolhimento da gestante.

Equipe Multiprofissional (psicólogo, assistente social, nutricionista)

- Fornecer suporte emocional e informativo à gestante e família.
- Contribuir para o acompanhamento integral da saúde materna e fetal.

6. Atividades:

O feto com distúrbios de oxigenação apresentará quadro clínico caracterizado por respostas adaptativas fisiológicas, que podem evoluir para sinais de descompensação fetal e é nessa premissa que se baseiam os testes utilizados. Na resposta inicial à hipoxemia fetal, ocorre aumento do fluxo ao cérebro fetal, por mecanismos de autorregulação da circulação, o que é denominado redistribuição de fluxo fetal.

A perfusão renal prejudicada propicia redução no volume de líquido amniótico (VLA) pela menor diurese fetal. A movimentação fetal se reduz, como mecanismo de conservação da energia pelo feto.

A estimulação de quimiorreceptores provoca respostas mediadas pelo vago, as quais reduzem a FCF e podem se manifestar clinicamente pelo aparecimento de desacelerações tardias.

- Indicações para Avaliação da Vitalidade Fetal

A avaliação da vitalidade fetal anteparto deve ser realizada em todas as gestantes com ênfase em portadoras de intercorrências clínicas e/ou obstétricas que potencialmente se relacionam à disfunção placentária ou a patologias fetais nas quais o risco de comprometimento fetal é sabidamente aumentado. Na tabela a seguir encontra-se as condições clínicas maternas e obstétricas potencialmente relacionadas à disfunções citadas.

Tabela 1 – Condições clínicas maternas e obstétricas potencialmente relacionadas as disfunções placentárias ou patologias fetais

Condições Maternas	Condições Obstetrícia
Idade Materna Avançada	Hipertensão induzida pela gravidez
Tireoideopatias	Redução de movimentos fetais
Hemoglobinopatias	Oligoamnio ou polidramnia
Cardiopatias cianóticas	Restrição de crescimento intrauterino
Nefropatia crônica	Gravidez pós data/pós termo e distúrbios placentários
Diabetes mellitus	Aloimuição (moderada a grave)
Tabagismo (>10 cigarros/dia)	Gravidez múltipla

Doenças do colágeno (Lupus eritematoso sistêmico; síndrome antifosfolípide...) e condições	
autoimunes	Rotura prematura de membranas ovulares pré-termo

- **Frequência de Avaliação**

Parturientes (em observação ou internadas) em fase ativa do trabalho de parto e SEM condições maternas e/ou obstétricas presentes no quadro do item 8 (risco habitual): verificar BCF durante o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e a cada 1h.

Parturientes (em observação ou internadas) em fase ativa do trabalho de parto e COM pelo menos uma condição materna e/ou obstétrica presente no quadro do item 8: verificar BCF durante o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e a cada 30min.

Parturientes (em observação ou internadas) fora da fase ativa do trabalho de parto e SEM condições maternas e/ou obstétricas presentes no quadro do item 8: verificar BCF durante o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e a cada 3h.

Parturientes (em observação ou internadas) fora da fase ativa do trabalho de parto e COM pelo menos uma condição materna e/ou obstétrica presente no quadro do item 8: verificar BCF durante o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e a cada 2h.

Gestantes em observação ou internadas SEM condições maternas e/ou obstétricas presentes no quadro do item 8: verificar BCF durante o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e a cada 6h.

Gestantes em observação ou internadas COM pelo menos uma condição materna e/ou obstétrica presente no quadro do item 8: verificar BCF durante o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e a cada 4h.

Métodos de Avaliação da Vitalidade Fetal

- **Avaliação Clínica:** O uso de métodos complementares deve ser sempre precedido pela avaliação clínica criteriosa:

- Anamnese: investigar os fatores de risco que interferem na homeostase fetoplacentária através dos antecedentes pessoais ou história pregressa e perguntar sobre a percepção materna dos movimentos fetais.
- Exame físico: avaliar os batimentos cardíacos fetais e medir a altura uterina.

- Mobilograma

A movimentação fetal se reduz frente à hipoxemia. Mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito podem revelar comprometimento fetal, exigindo investigação por propedêutica especializada.

A recomendação do Ministério da Saúde consiste em orientar a paciente a contar os movimentos fetais durante o dia. É considerado sinal de alarme se, entre 30 e 40 semanas, a contagem for <10 movimentos em 24 horas. Não existe um método formal de contagem de movimentação fetal que seja melhor que o outro, por isso, a avaliação subjetiva da gestante deve ser levada em consideração.

- Vantagens: processo simples e sem custo.
- Desvantagens: método subjetivo; não há uma padronização quanto aos métodos de registro dos movimentos fetais; não se tem evidências do limite abaixo do qual há maior risco de comprometimento fetal; e são insuficientes as evidências para se recomendar realização rotineira de mobilograma na prevenção do óbito.

- Cardiotocografia Anteparto

Baseia-se na análise de registros gráficos da FCF, da movimentação fetal e do tônus uterino. As alterações nos traçados são observadas em diversos estados comportamentais do feto (ciclo sono-vigília), nos distúrbios de sua oxigenação ou em situações decorrentes da utilização de medicações pela gestante.

O método é melhor utilizado ao final do segundo trimestre de gestação (a partir de 33 semanas), momento em que há maturidade do sistema nervoso autônomo fetal, visto que a interação dos sistemas simpático e parassimpático é o que estabelece a variabilidade da FCF. A influência do sistema parassimpático sobre a FCF aumenta gradativamente com o avanço da idade gestacional.

A realização da cardiotocografia (CTG) é iniciada na maioria dos casos, a partir de 32 semanas; entretanto, em gestações com múltiplos fatores de risco ou com fatores de risco particularmente

ominosos (diabetes, hipertensão arterial grave, restrição do crescimento intrauterino, por exemplo), a avaliação pode começar em uma fase bem precoce, como por volta das 28 semanas de gestação.

As vantagens do método incluem facilidade de realização, baixo custo, boa aceitação por pacientes e profissionais de saúde, e alto valor preditivo negativo, em outras palavras, quando a CTG revela um padrão considerado normal, o bem-estar fetal pode ser assegurado. O exame apresenta valores de sensibilidade e especificidade para detecção de acidose metabólica fetal de 57% e 69%, respectivamente, e baixo valor preditivo positivo, de modo que alterações observadas no exame devem ser analisadas com cautela, muitas vezes, demandando avaliação adicional.

O coração fetal e seu sistema de condução desenvolvem-se entre a terceira e a sexta semanas de vida embrionária. O sistema nervoso autônomo, com seus componentes simpático e parassimpático, regula a FCF e torna-se funcionante em fase mais tardia da gestação. Na presença de hipoxia cerebral, o hipotálamo e os núcleos da base do cérebro do concepto são as primeiras estruturas a serem comprometidas, prejudicando, como consequência, a ação do SNA sobre o coração do feto e alterando o comportamento da FCF.

- Técnica

Um transdutor é acoplado ao ventre materno, sobre o dorso fetal, para captação dos batimentos cardíacos fetais. Um segundo dispositivo é posicionado próximo ao fundo uterino para registrar a atividade contrátil miometrial. Esses sinais são transmitidos a um monitor que gera registro gráfico da FCF e das contrações uterinas. Um terceiro dispositivo é entregue a gestante para realizar a marcação do início das movimentações fetais.

- Recomendações para a realização do exame
 - Colocar a gestante em decúbito lateral, posição semideitada (de semi-Fowler = 30° - 35°), em posição de Fowler (45°) ou sentada.
 - Evitar período prévio de jejum prolongado.
 - Duração média da avaliação: 10 minutos, embora seja exigido tempo adicional de até 30 minutos para que uma anormalidade seja atestada. No caso de dúvidas em relação à interpretação do traçado, aumentar o tempo de observação.

- Avaliar todos os parâmetros da CTG (FCF basal – linha de base, oscilações da frequência cardíaca fetal – variabilidade da FCF, acelerações e desacelerações da FCF).
 - Utilizar estimulação vibroacústica caso acelerações ausentes.
 - Classificar a CTG – conduzir de acordo com a categoria do exame, gravidade e estabilidade do quadro clínico materno, e a idade gestacional.
 - A administração de glicose à mãe e o uso de manipulação fetal não diminuem os resultados anormais à CTG anteparto, não havendo indicações para tais práticas.
 - A estimulação vibroacústica (buzina adaptada ao ventre materno, próximo ao polo cefálico do concepto – pressão sonora: 110 a 120 db; frequência sonora: 500 a 1.000 Hz, duração: 1-3 segundos, podendo ser repetido até 3 vezes) é utilizada para estimular a movimentação fetal, objetivando diferenciar os conceptos hígidos dos hipoxemiados.
 - Lembrar que o ciclo de sono fetal normalmente dura 20 a 40 minutos e praticamente nunca ultrapassa 90 minutos no feto normal e saudável.
 - A utilização de estimulação vibroacústica pode reduzir o tempo de exame, as, com o aumento do tempo de observação, será observada movimentação fetal ativa mesmo sem a realização da estimulação.
- Parâmetros avaliados na cardiotocografia
 - Frequência cardíaca fetal basal (FCF) – linha de base.
 - Oscilações da frequência cardíaca fetal – variabilidade da FCF.
 - Acelerações da frequência cardíaca fetal.
 - Desacelerações da frequência cardíaca fetal.

Frequência Cardíaca Fetal Basal: Definida como a FCF média calculada em determinado tempo. Pode ser classificada em:

- Normal – 110 a 160 bpm.
- Taquicardia – maior que 160 bpm. No geral, causada por variáveis maternas como hipertermia, ansiedade, tireotoxicose e uso de drogas, por infecção intrauterina, por hipoxia fetal, por doenças cardíacas do concepto, de fatores constitucionais.

- Bradicardia – menor que 110bpm. Pode decorrer de hipoxia fetal, doenças cardíacas do concepto, da ação de drogas usadas pela mãe, de fatores constitucionais.
- Oscilação Da Frequência Cardíaca Fetal
 - Microoscilação (variabilidade de curta duração) – variação batimento a batimento da FCF. Somente pode ser avaliada na CTG computadorizada.
 - Macrooscilação (variabilidade de longa duração) – representa a variação entre a maior e a menor CF no intervalo de um minuto de exame. Embora o tempo necessário para caracterizar a macrooscilação seja de um minuto, é exigido um mínimo de 10 minutos de exame para o seu julgamento.

AMPLITUDE DA VARIAÇÃO	TERMINOLOGIA
Indetectável	Ausente
≤ 5 bpm	Mínima
6 a 25 bpm	Moderada
> 25 bpm	“Marked” (acentuada, saltatória)

- Há o padrão sinusoidal, no qual há presença de padrão ondulatório que mimetiza ondas senoidais com variabilidade de 3-5 batimentos por minuto que persiste por 20 minutos ou mais. Esse padrão pode ser observado no feto gravemente anêmico (dosagem de hemoglobina menor que 7g%).
- Aceleração Da Fcf À Movimentação Fetal (AMF): São aumentos periódicos da FCF induzidos por atividade motora do concepto ou por contrações uterinas.
 - Todo concepto hígido, quando se movimenta, acelera sua FCF (amplitude > 15 bpm, duração > 15 segundos).
 - O desaparecimento da AMF é a primeira ocorrência observada à CTG quando da hipoxia fetal.

- o Lembrar que o feto em seu período fisiológico de sono ou sob a ação de droga sedativa administrada à mãe não realiza movimentação ativa e, portanto, não acelera sua frequência cardíaca, mesmo estando hígido.
- o Atenção para a utilização do critério de aceleração para fetos prematuros. Para fetos com menos de 32 semanas, a aceleração esperada é de 10 bpm por pelo menos 10 segundos
- o Qualquer aceleração que dure mais do que 10 minutos deve ser considerada como uma mudança na linha de base.
- o Ausência de acelerações indica acidose em aproximadamente 50% dos casos.

• Desacelerações Da Frequência Cardíaca Fetal

- o A FCF pode apresentar quedas periódicas (desacelerações) que, dependendo de suas características, podem ter ou não significado patológico.
- o Qualquer desaceleração que dure mais do que 10 minutos é considerada como uma mudança na linha de base.
- o Quando presente a contração uterina, as desacelerações podem ser classificadas como: precoces ou tardias.
- o Desacelerações tardias (quando o nadir da desaceleração ocorre após o pico da contração uterina) são altamente sugestivas de comprometimento da oxigenação do conceito.
- o Nas desacelerações precoces, o nadir e a recuperação da FCF basal são coincidentes com o início e o pico das contrações uterinas. Essas desacelerações estão normalmente associadas com a compressão da cabeça fetal durante o trabalho de parto (cardiotocografia intraparto). Em geral, são consideradas como benignas.
- o As desacelerações variáveis não têm relação com a contração uterina. São comumente associadas à compressão do cordão umbilical. Elas podem ser divididas em dois grupos: complicadas e não complicadas.
- o Desacelerações variáveis não complicadas consistem em rápida desaceleração da FCF precedida por aceleração inicial e seguida por rápido retorno à linha de base com aceleração secundária da FCF. São as desacelerações anteriormente classificadas como favoráveis.

- Desacelerações variáveis complicadas são as desacelerações em que a FCF atinge valores abaixo de 70 bpm com duração superior a 60 segundos, perda da variabilidade da FCF durante a desaceleração, desaceleração bifásica, aceleração prolongada secundária (incremento de mais de 20 batimentos por minuto e/ou duração de mais do que 20 segundos pós-desaceleração), regresso lento à linha de base em nível inferior ao presente antes da desaceleração ou em nível de taquicardia ou bradicardia fetal. São as desacelerações classificadas anteriormente como desfavoráveis.

- Classificação e interpretação da cardiotocografia

A classificação da CTG anteparto em “reativa ou não reativa”, de acordo com a presença ou não de aceleração da FCF, respectivamente, não é mais recomendada atualmente. A classificação em categorias de acordo com exame normal, atípico (ou indeterminado) e anormal, levando-se em consideração todos os parâmetros de avaliação da FCF é atualmente preferida.

Quadro 1. Classificação da Cardiotocografia anteparto (basal)

Parâmetro	CTG Normal (antigo reativa)	CTG atípica ou indeterminada (antiga não reativa)	CTG anormal (antiga não-reativa)
Linha de base	110 – 160 bpm.	100 – 110 bpm. > 160 bpm por < 30 min. Elevação da linha de base.	Bradicardia < 100 bpm. Taquicardia > 160 bpm por 30 min. Linha de base irregular.
Variabilidade	6 a 25 bpm. ≤ 5 bpm por < 40 min.	≤ 5 bpm por 40 a 80 min	≤ 5 bpm por ≥ 80 min. ≥ 25 bpm por > 10 min. Sinusoidal.

Desacelerações	Nenhuma ou ocasional/variável, <30 seg.	Desacelerações variáveis, por 30 a 60 seg.	Desacelerações variáveis, > 60 seg. Desaceleração tardia.
Acelerações(> 32 semanas)	≥ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em < 40min.	≤ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em 40-80min.	≤ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em > 80min.
Acelerações(< 32 semanas)	≥ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em < 40min.	≤ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em 40-80min.	≤ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em > 80min. Conduta urgente:
Ação	Nova avaliação opcional: Baseada no quadro clínico.	Nova avaliação necessária	Avaliação completa com US e PBF. Alguns casos terminarão em interrupção da gestação.

Fonte: Traduzido e adaptado de Liston R, Sawchuck D, Young D. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56(3); Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. Obstet Gynecol. 2008;112(3):661-6

• Categorias da CTG anteparto:

- Categoria I – Normal (altamente preditivo de equilíbrio ácido-base normal).
- Categoria II – Atípica/Indeterminada (não é preditor de alteração no equilíbrio, mas não pode atestar normalidade no momento da observação).

- Categoria III – Anormal (equilíbrio ácido-base anormal).
- Para melhor interpretação do exame, comentários adicionais à sua classificação não que ser feitos:
- A presença de acelerações da FCF na CTG permite concluir pelo seu bem-estar desde que o volume do líquido amniótico também esteja normal (sensibilidade maior que 90%).
 - Embora os resultados anormais da CTG possam ser associados à acidemia ou hipoxemia, eles não refletem a gravidade ou a duração do distúrbio ácido-base. Além disso, é importante lembrar que outros fatores, não associados a distúrbios no equilíbrio ácido-base e hipoxemia, como prematuridade, sono fetal, medicamentos utilizados pela gestante, tabagismo materno e anormalidades do sistema nervoso central fetal, podem afetar adversamente os parâmetros biofísicos e resultados da CTG.
 - O valor preditivo negativo (VPN) da CTG para prever o óbito fetal em uma semana de um teste normal é de 99,8%.
 - Alguns exames com acelerações presentes mostram queda abrupta da FCF antecedendo a aceleração habitual, fenômeno sugestivo de compressão funicular transitória pela movimentação do concepto.
 - Entre os fetos sem aceleração presente, somente 40% estão comprometidos, variando de 10% entre os suspeitos até bem próximo de 100% entre os fetos terminais (gravemente comprometidos). Portanto, nos casos de CTG sem acelerações, é mandatório complementar-se a investigação com outros métodos propedêuticos.
 - O exame categoria indeterminada (atípica ou categoria II) é, por vezes, de difícil interpretação.
 - Atentar para o fato de que, entre 24 e 28 semanas de gestação, 50% dos fetos normais apresentam exame sem acelerações, número que cai para 15% quando a gravidez se aproxima de 32 semanas.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Identificação precoce de alterações na vitalidade fetal.
- Redução de morbimortalidade perinatal.

- Maior segurança materno-fetal durante o pré-natal e período anteparto.
- Padronização da assistência e fortalecimento da comunicação multiprofissional.
- Maior satisfação da gestante quanto ao acompanhamento pré-natal.

Indicadores

- Taxa de adesão à realização da cardiocografia em gestações de risco (%).
- Proporção de gestantes de risco avaliadas com perfil biofísico fetal (%).
- Número de casos de sofrimento fetal detectados precocemente.
- Taxa de natimortalidade (%).
- Satisfação da gestante com o acompanhamento da vitalidade fetal (%).

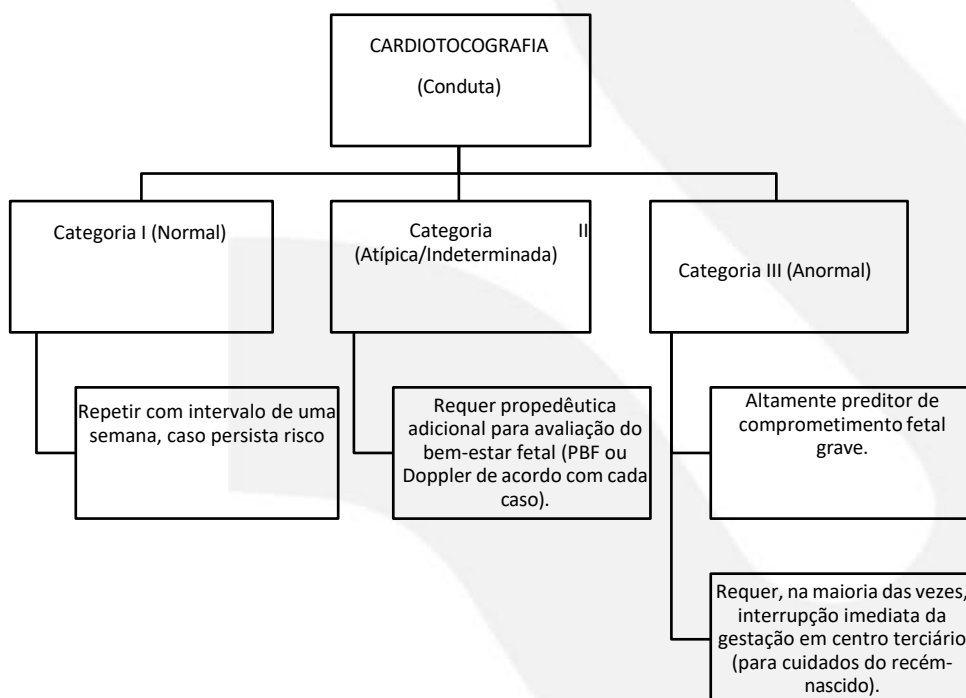
8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês

Avaliação de eficácia do treinamento	de	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Abaixo inserimos o fluxograma e o formulário de avaliação de vitalidade:



Preencher quando não houver etiqueta

Nome Completo: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ N° Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____

DATA	HORA	ACELE.	BCF BASAL	DESAC.	MOVIMENTAÇÃO FETAL	CONTRAÇÃO UTERINA	CARDIOTOCOGRAFIA	CATEGORIA
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3
	:				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() NA/NL () CAT1 () CAT2 () CAT3

LEGENDA: NA/NL = NÃO SE APLICA / NÃO LAUDADO; CAT1 = SEM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO; CAT2 = BAIXA PROBABILIDADE DE HIPÓXIA E ACIDOSE; CAT3 = ALTA PROBABILIDADE DE HIPÓXIA E ACIDOSE; BCF = BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS; ACELE. = ACELERAÇÃO; DESAC. = DESACELERAÇÃO.

10.Referências

Fatorelli J, Carvalho PR. Cardiotocogra a anteparto. In: Sá RAM, Oliveira CA. Hermó genes - Obstetrícia básica. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.

America n College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 145: Antepartum fetal surveillance. Obstet Gynecol. 2014;124(1):182-92. Rea rmed 2017.

Liston R, Sawchuck D, Young D. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56.

Nomura RMY, Miyadahira S, Zugaib M. Avaliaç ã o da vitalidade fetal anteparto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(10):513-26.

Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. Cochrane Database Syst Rev. 2010;20(1):CD001068.

Tan KH, Sabapathy A. Fetal manipulation for facility a tingtestsof fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD003396.

Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring: Update on De nitions, Interpretation, and Research Guidelines. Obstet Gynecol. 2008;112(3):661-6.

Hankins GD, Miller DA. A review of the 2008 NICHD Research Planning Workshop: Recommendations for fetal heart rate terminology and interpretation. Clin Obstet Gynecol. 2011;54(1):3-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [Cadernos de atenção básica, 32].

Clinical Effectiveness Support Unit. The use of electronic fetal monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2001.

SOGC Clinical Practice Guideline nº. 214: Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(9):800-10.

SOGC Clinical Practice Guideline nº. 334: Diabetes in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(7):667-79.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL PREVENÇÃO, MANEJO E TRATAMENTO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO

2.2.2.24. PROTOCOLO DE HPP

1.Introdução

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de mortalidade materna evitável no Brasil.

Este protocolo padroniza o atendimento multiprofissional com base em evidências baseadas nas diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Ministério da Saúde, ANVISA e Organização Mundial da Saúde (OMS), priorizando detecção precoce, resposta rápida e integração do modelo E-MOTIVE (*Early detection – MOTIVE Bundle*) para manejo clínico eficaz atrelando as melhores práticas recomendadas a segurança do paciente.

2.Revisão de literatura:

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é definida pela OMS e FEBRASGO como:

- ✓ HPP primária (imediate): perda ≥ 500 mL nas primeiras 24h após parto vaginal ou ≥ 1000 mL após cesariana.
- ✓ HPP grave: perda ≥ 1000 mL associada a instabilidade hemodinâmica.
- ✓ HPP secundária (tardia): entre 24h e 6 semanas pós-parto, geralmente por infecção, subinvolução uterina ou restos placentários.

A OMS e FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) recomendam considerar qualquer sangramento com repercussão clínica como HPP, independentemente do volume.

As principais causas são os chamados “**4 Ts**”:

- ✓ **Tone (tônus):** atonia uterina (70–80% dos casos)
- ✓ **Tissue (tecido):** retenção placentária/membranosa
- ✓ **Trauma:** lacerações ou ruptura do trato genital
- ✓ **Thrombin** (coagulação): distúrbios de coagulação ou CIVD (coagulação intravascular disseminada).

A hemorragia pós-parto ocorre em 5–10% dos partos, sendo responsável por cerca de 25% das mortes maternas globais. Estimam-se que de 2,5–3,2% dos casos de HPP no Brasil, 80% são preveníveis por medidas simples.

A coordenação entre tempo e terapias recomendadas são determinantes para o desfecho favorável, sendo necessário integrar a HPP aos Protocolos de Segurança do Paciente constituem a melhor estratégia para reduzir óbitos maternos em maternidades gerais e de médio porte.

3.Objetivo(s):

Garantir resposta rápida, segura e padronizada aos casos de hemorragia pós-parto, reduzindo a morbimortalidade materna e promovendo assistência baseada em evidências.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- ✓ Leito com monitorização contínua (PA, FC, SpO₂, diurese)
- ✓ Kit HPP com uterotônico, ácido tranexâmico, soro, equipos, seringas e tamponamento
- ✓ Draper calibrado ou balança para medição de perda
- ✓ Balão uterino (Bakri ou artesanal) e materiais cirúrgicos
- ✓ Estoque de hemoderivados e acesso à UTI
- ✓ Manta térmica e oxigênio
- ✓

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico obstetra

- ✓ Avaliação da paciente;
- ✓ Diagnóstico;
- ✓ Prescrição de medicação;
- ✓ Coordenação do tratamento;
- ✓ Indicação cirúrgica de histerectomia;
- ✓ Solicitação de transferência para UTI.

Enfermeiro obstetra

- ✓ Avaliação da paciente;
- ✓ Comunicação imediata ao médico;
- ✓ Ativação do protocolo;
- ✓ Monitorização contínua;
- ✓ Ativação do kit;
- ✓ Acompanhamento da paciente durante transporte intra-hospitalar
- ✓ Registro
- ✓

Anestesista

- ✓ Suporte circulatório;
- ✓ Reposição volêmica e avaliação transfusional
- ✓

Equipe de enfermagem

- ✓ Preparo do material e medicações
- ✓ Assistência direta ao paciente e equipe de atendimento;
- ✓ Registro do sangramento desde a RPA
- ✓ Monitorização
- ✓

Laboratório

- ✓ Liberação rápida de exames.

Técnico de Agência Transfusional

- ✓ Tipagem sanguínea;
- ✓ Liberação de hemocomponentes

Gestão operacional

- ✓ Garantir insumos, materiais e equipamentos necessários

Enfermeiro da qualidade

- ✓ Auditoria de resultados

Diretoria Técnica

- ✓ Monitoramento dos indicadores
- ✓

6. Atividades:

As atividades do protocolo seguem duas etapas principais:

6.1 – 1ª Etapa: assistência geral ao atendimento à HPP

- ✓ Identificação precoce de risco e monitoramento da puérpera
- ✓ Profilaxia uterotônico pós-parto imediato
- ✓ Avaliação clínica e mensuração objetiva da perda sanguínea
- ✓ Ativação do kit HPP e da equipe multiprofissional
- ✓ Registro das ações e tempos de resposta

6.2 – 2ª Etapa: aplicação do Protocolo E-MOTIVE – resposta padronizada à HPP

Inspirado na iniciativa da OMS (2023), o E-MOTIVE propõe um pacote de medidas imediatas e integradas (*Bundle* MOTIVE), gravado pelo mnemônico:

M (Massagem uterina): iniciar imediatamente e manter até contração efetiva.

O (Oxitocina/uterotônico): 10 UI IV ou IM, repetir conforme protocolo; associar ergometrina ou misoprostol se necessário.

T (Tranexâmico - TXA): 1 g IV lento (10 min) dentro de 3 h após o parto; repetir 1g se persistência >30 min.

IV (Acesso venoso duplo): iniciar reposição volêmica com cristaloides aquecidos (até 2 L), coletar exames laboratoriais.

E (Exame e escalonamento): revisar canal de parto, placenta, bexiga e coagulopatia; acionar cirurgia se refratário (tamponamento, histerectomia).

🕒 Tempo máximo de ativação - até 10 minutos após diagnóstico.

🎯 Meta de controle - sangramento interrompido em até 1 hora.

Checklist E-MOTIVE (10 passos rápidos):

1. Confirmar perda ≥ 500 mL ou instabilidade hemodinâmica.
2. Ativar equipe e abrir kit HPP.
3. Iniciar massagem uterina.
4. Administrar uterotônico.
5. Administrar 1 g de ácido tranexâmico IV.
6. Instalar dois acessos venosos e infundir cristaloides.
7. Avaliar canal de parto, placenta e coagulopatia.
8. Solicitar exames e hemoderivados.
9. Documentar intervenções e volumes.
10. Avaliar necessidade de tamponamento ou cirurgia.

6. 3. Critérios de inclusão

- ✓ Puérperas com perda sanguínea > 1.000 mL ou instabilidade hemodinâmica
- ✓ Casos suspeitos de HPP progressiva

6. 4. Critérios de exclusão

- ✓ Hemorragias não obstétricas
- ✓ Casos controlados e estáveis
- ✓ Pacientes que recusam intervenções emergenciais

7.Resultados esperados e indicadores

- ✓ Redução da incidência de HPP grave (>1000 mL)
- ✓ Redução da mortalidade materna e das histerectomias de emergência
- ✓ Aumento da adesão ao protocolo E-MOTIVE (>90%)
- ✓ Tempo médio até ativação <10 minutos
- ✓ Uso de TXA dentro de 3 horas em 100% dos casos elegíveis

8.Plano de implantação:

Fase 1 – Preparação (nov-dez/2025): comissão gestora, adaptação de fluxos e treinamento.

Fase 2 – Implementação (jan/ 2026): aplicação piloto, auditorias quinzenais.

Fase 3 – Consolidação (fev/2026): simulações semestrais e revisão de resultados.

9.Notas importantes

- ✓ A resposta deve ocorrer dentro da "hora de ouro" após diagnóstico.
- ✓ Mensuração visual é imprecisa — priorizar medição objetiva com drape (dispositivo utilizado para realizar o controle do sangramento pós-parto, sendo fundamental para o controle fidedigno) ou balança.
- ✓ Revisar protocolo anualmente conforme evidências e recursos disponíveis.
- ✓ Garantir apoio psicológico pós-evento para pacientes acometidas.
- ✓ Pacientes que iniciam os sinais de HPP na Maternidade, devem ser avaliadas pelo Enfermeiro, realizar classificação de MEOWS e acionamento do Código Amarelo, se necessário.
- ✓

10.Referências

1. Organização Mundial da Saúde. E-MOTIVE Trial, 2023.
2. FEBRASGO. Manejo da Hemorragia Pós-Parto, FPS 2024.
3. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Manejo de Hemorragias Pós-Parto, 2017.
4. ANVISA. Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Segurança do Paciente, 2022.
5. Fiocruz. Portal de Boas Práticas, 2024.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLINICO ASSISTENCIAL DE MANEJO E TRATAMENTO DE ROTURA UTERINA

2.2.2.25. PROTOCOLO Clínico Assistencial de Manejo e tratamento de ROTURA UTERINA

1.Introdução

A rotura uterina durante a gravidez ou trabalho de parto é uma grave complicação obstétrica ainda responsável por elevada morbimortalidade materna e perinatal. É importante o diagnóstico diferencial de outras hemorragias da segunda metade da gravidez, como o descolamento prematuro da placenta e a placenta prévia. A ruptura ou rotura uterina, rompimento da camada miometrial uterina, durante a gravidez ou trabalho de parto é uma grave complicação obstétrica ainda responsável por elevada morbimortalidade materna e perinatal. A incidência, apesar de rara atualmente, varia de 1/585 a 1/6.673, congregando o evento durante a gravidez e o parto, sendo o evento durante a parturição a forma mais comum. Além disso, sua frequência é maior em países considerados em desenvolvimento, onde a rotura normalmente é por obstrução da via de parto, enquanto nos países desenvolvidos é pós cesárea. Ademais, a rotura é um importante diagnóstico diferencial de outras hemorragias da segunda metade da gravidez, como o descolamento prematuro da placenta e a placenta prévia.

2.Revisão de literatura:

3.Objetivo(s):

Orientar a equipe assistencial da ginecologia e obstetrícia em relação Identificar e tratar de forma uniforme a rotura uterina. Capacitar as equipes assistenciais para o manejo das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG), oferecendo suporte teórico prático para o manejo da intercorrência.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

5. Atribuições de cada categoria profissional

É atribuição, competência e responsabilidade de toda equipe que presta assistência às gestantes atendidas na Unidade assistencial, identificar e diagnosticar rotura uterina e realizar o manejo conforme o protocolo.

◆ Equipe de enfermagem (triagem):

- Realizar o acolhimento da paciente;
- Fazer a classificação de risco e acionar imediatamente a equipe médica nos casos mais graves (classificação vermelha e laranja);
- Verificar os sinais vitais (SSVV).
- Enfermeiro: Identificação de sinais de deterioração
- Equipe de enfermagem (enfermaria):
- Prestar assistência de enfermagem a paciente internada;
- Identificar sinais de piora clínica a comunicar à equipe médica de plantão.
- Equipe médica plantonista (obstetra e residente):
- Realizar anamnese e exame físico;
- Solicitar os exames necessários;
- Definir diagnóstico e orientar conduta;
- Solicitar parecer da equipe de neurologia e/ou outras especialidades se necessário;
- Prescrever tratamento na admissão;
- Realizar internação da paciente caso seja necessária;
- Comunicar-se com a paciente de forma clara e esclarecer suas dúvidas;
- Atender as intercorrências durante internação. Médico: Condução do protocolo de rotura uterina.
- Equipe médica (obstetra visitador e residente):
- Acompanhar o paciente durante o internamento para evolução da conduta;
- Identificar sinais de piora clínica e determinar conduta;

- Solicitar pareceres quando necessário (neurologia e/ou outras especialidades);
- Reservar vaga de UTI, caso necessário;
- Planejar alta hospitalar;
- Planejar e determinar seguimento após a alta em ambulatório de pré-natal de alto risco, egresso puerperal, e outras especialidades a depender da necessidade.

6. Atividades:

6.1 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME CLÍNICO

(Para Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas)

- Diagnóstico: é clínico

Sinais de iminência de rotura uterina:

- Contrações subtrantes intensas e excessivamente dolorosas
- Síndrome de distensão segmentar:
- Sinal de Bandl: anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical, que separa o corpo do segmento inferior do útero
- Sinal de Frommel: ligamentos redondos retesados e desviados para frente.

Rotura uterina instalada

- Dor aguda, abrupta, lancinante, seguida de alívio transitório da dor Paralisação do trabalho de parto
- Hemorragia (externa / interna) de intensidade dependente da extensão da rotura e dos vasos atingidos

Sinais de irritação peritoneal

- Choque diretamente relacionado com a intensidade da hemorragia
- Deformidade abdominal (útero vazio e feto fora da cavidade uterina = se rotura completa), “feto superficial” com BCF negativo.

6.2 EXAMES DE DIAGNÓSTICOS RECOMENDADOS

(Para Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas)

O diagnóstico é feito baseado em uma associação de sinais bem comuns da rotura uterina. Pode ainda ser dividida na iminência de rotura e na rotura consumada. Na iminência de rotura, a paciente encontra-se agitada e ansiosa, e as contrações são intensas e excessivamente dolorosas, podendo ser acompanhadas por diminuição dos batimentos cardíacos fetais e pela síndrome de distensão segmentar.

Medidas gerais:

ATIVAR CÓDIGO VERMELHO/ABCDE DA REANIMAÇÃO - ANEXO 02 e 03

Medidas de recuperação e estabilização: ver DPP.

Monitorar dados vitais e laboratoriais / Avaliar condições maternas: idem DPP.

6.3 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Laparotomia imediata: histerorrafia ou histerectomia, dependendo do caso. Se houver hematoma de ligamento largo, realizar drenagem. Se hematoma retroperitoneal e paciente estável, a princípio não manipular; porém se paciente instável, realizar drenagem e ligadura dos vasos do hematoma, com auxílio de cirurgião experiente. Avaliar sempre a integridade da bexiga.

Se rotura uterina durante parto vaginal, e detectado ao toque durante a revisão de segmento uterino após a dequitação, a conduta dependerá do estado hemodinâmico da paciente, e da vigência de hemorragia. Nos casos de pequena rotura, detectada ao toque, sem hemorragia, pode-se adotar conduta expectante, desde que paciente fique sob rigorosa observação e em uso contínuo de ocitocina em altas doses (20 UI em 500 ml de SG 5% ou SF 0,9% – 30gts/min (90ml/h) 8/8h – em bomba de infusão). Em caso de grandes roturas detectadas ao toque, ou na presença de quadro hemorrágico nas pacientes com pequenas roturas, realizar laparotomia com histerorrafia e avaliação da bexiga (instalação de cateter vesical antes do procedimento).

Conduta no puerpério: idem DPP / Transferência para UTI

6.4 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

(Para Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas)

Após 72h de observação, sem complicações;

Manter Anti HAS e retorno ambulatorial no Posto de Saúde para pré-natal e clínica Médica (Emitir a Guia de Referência e Contra referência)

Alta hospitalar após 24 horas, se não houver complicações puerperais descrição do que, quem e como fazer em cada situação.

7.Resultados esperados e indicadores

8.Plano de implantação:

- 1º fase (nov/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.
- 2º fase (jan/26) – Capacitação IMEDIATA de profissionais recém-admitidos com treinamentos. (Técnica – Enfermeiros/ Cuidados: todos da equipe assistencial)
-

Revisão anual ou sempre que houver atualização nas diretrizes do Ministério da Saúde, ANVISA

9.Notas importantes

(se houver)

10. Referências

REZENDE, J. F; MONTENEGRO, C. A. B. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2017.

Tratado de Obstetrícia FEBRASGO / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho...[et al]. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

**PROTOCOLO MÉDICO PARA ESTERILIZAÇÃO FEMININA****2.2.2.26. PROTOCOLO MÉDICO PARA ESTERILIZAÇÃO FEMININA****1.Introdução**

A esterilização feminina é um método contraceptivo definitivo que impede a fertilização por meio da obstrução ou remoção das tubas uterinas. Pode ser realizada cirurgicamente (laqueadura tubária) ou por métodos histeroscópicos. É indicada para mulheres que não desejam mais engravidar e deve ser realizada após aconselhamento adequado (ACOG, 2019).

2.Revisão de literatura:**3. Objetivo(s):**

Este protocolo detalha a definição, etiologia, métodos, abordagem pré-operatória, técnica cirúrgica e cuidados pós-operatórios da esterilização feminina, com referências bibliográficas.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

TCLI, equipe de suporte a tomada de decisão, laboratório

5.Atribuições de cada categoria profissional

- Enfermeiro: coordenar o atendimento inicial, avaliar o estado clínico, comunicar o médico e registrar o atendimento.
- Técnico de Enfermagem: preparar materiais e medicamentos, monitorar sinais vitais e auxiliar o enfermeiro e médico.

- Médico: avaliar, diagnosticar e definir conduta clínica e terapêutica. Comunicação, preenchimento do TCLI.
- Equipe de apoio: fornecer suporte logístico e administrativo conforme necessidade.
- Serviço social
- Psicologia

5.1 Indicações

- Decisão voluntária e consciente da paciente.
- Contraindicações médicas para gestação (doenças cardíacas graves, hipertensão pulmonar, entre outras).
- Risco genético de doenças hereditárias.

5.2 Contraindicações

- Decisão impulsiva sem aconselhamento adequado.
- Idade jovem com risco de arrependimento.
- Ausência de consentimento livre e esclarecido.

6. Atividades:

Métodos e Tipos de Esterilização Feminina

6.1 Cirúrgicos (Laqueadura Tubária)

- Realizada por laparoscopia, minilaparotomia ou histerectomia concomitante.
- Técnicas utilizadas:
- Ligadura e secção das tubas.
- Cauterização das tubas.
- Colocação de anéis ou cliques (Hulka, Filshie).
- Salpingectomia total (removendo as tubas, reduzindo risco de câncer de ovário).

6.2 Histeroscópicos (Método Não Cirúrgico - Essure, atualmente descontinuado em muitos países)

- Inserção de microimplantes na tuba uterina, levando à fibrose e obstrução tubária.
- Necessita de histerossalpingografia após 3 meses para confirmar eficácia.

Avaliação Pré-Procedimento

6.3 Anamnese e Avaliação Clínica

- Confirmação do desejo da paciente.
- Investigação de comorbidades.
- Excluir gestação antes do procedimento.

6.4 Exames Complementares

- Beta-HCG para descartar gestação
- Hemograma completo.
- Coagulograma.
- Ultrassonografia pélvica (casos selecionados).

Abordagem Pré-Operatória

6.5 Orientações Prévias

- Explicação detalhada sobre irreversibilidade do procedimento.
- Assinatura do termo de consentimento conforme legislação vigente.
- Jejum de 8 horas antes da cirurgia.

6.6 Posição Pré-Operatória

- Decúbito dorsal com Trendelenburg para laparoscopia.
- Decúbito dorsal simples para minilaparotomia.

Técnica Cirúrgica

6.7 Laqueadura Tubária Laparoscópica

- Anestesia geral.
- Incisão umbilical para introdução do laparoscópio.
- Identificação e obstrução das tubas uterinas (cauterização, cliques ou anéis).

6.8 Laqueadura por Minilaparotomia

- Realizada logo após o parto vaginal ou em pacientes sem acesso à laparoscopia.
- Incisão suprapúbica pequena para acesso às tubas.
- Ligadura ou remoção parcial das tubas.

6.9 Salpingectomia Total

- Remoção completa das tubas uterinas.
- Reduz risco de falha e de câncer de ovário.

Cuidados Pós-Operatórios

Imediato

- Monitorização de sinais vitais.
- Analgesia com anti-inflamatórios ou opioides leves.
- Deambulação precoce para prevenir trombose.

Alta Hospitalar

- Laparoscopia: alta em 12 a 24h.
- Minilaparotomia: alta em 24 a 48h.
- Evitar esforço físico intenso por 2 semanas.
- Retorno em 7 a 10 dias para avaliação

7. Resultados esperados e indicadores

7.1 Média de permanência:

Fórmula da Média de Permanência (MP):

$$MP = \frac{\sum D}{N}$$

Onde:

- $\sum D$ = Soma de todos os dias de internação dos pacientes (dias de permanência hospitalar).
- N = Número total de pacientes que tiveram alta no período analisado.

7.2 Taxa de infecção pós-operatória:**Fórmula da Taxa de Infecção Pós-Operatória:**

$$T_{inf} = \left(\frac{N_{inf}}{N_{cx}} \right) \times 100$$

Onde:

- T_{inf} = Taxa de infecção pós-operatória (%)
- N_{inf} = Número de pacientes com infecção pós-operatória confirmada
- N_{cx} = Número total de cirurgias realizadas no período analisado

7.3 Taxa de tromboembolismo venoso periférico:**Fórmula da Taxa de TEV**

$$T_{TEV} = \left(\frac{N_{TEV}}{N_{PAC}} \right) \times 1000$$

Onde:

- T_{TEV} = Taxa de embolismo venoso periférico por 1.000 pacientes internados
- N_{TEV} = Número de pacientes diagnosticados com tromboembolismo venoso no período
- N_{PAC} = Número total de pacientes internados no período

7.4 Reinternação em 30 dias:**Fórmula da Taxa de Reinternação:**

nº de reinternações em até 30 dias após a alta X 100

Nº total de saídas no período

7.5 Requisitos e etapas legais

- Idade mínima: Ter no mínimo 21 anos de idade ou, alternativamente, ter pelo menos dois filhos vivos.
- Atendimento de aconselhamento: É obrigatório um atendimento multidisciplinar para discutir os prós e contras, como a esterilização ser um procedimento definitivo.
- Prazo de 60 dias: Deve haver um intervalo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento cirúrgico.

Ausência de influência: A manifestação de vontade não pode ocorrer sob influência de álcool, drogas, ou outros estados emocionais alterados que comprometam a capacidade de discernimento.

8.Plano de implantação:

- 1ª fase (nov/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.
- 2ª fase (jan/26) – Capacitação IMEDIATA de profissionais recém-admitidos com treinamentos. (Técnica – Enfermeiros/ Cuidados: todos da equipe assistencial)
- Revisão anual ou sempre que houver atualização nas diretrizes do Ministério da Saúde, ANVISA.

9.Notas importantes

10.Referências

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Sterilization for Women and Men. ACOG Practice Bulletin, 133(2), 1-14.

Peterson, H. B., Xia, Z., Hughes, J. M., et al. (2016). The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *New England Journal of Medicine*, 336(11), 762-767.

Hillis, S. D., Marchbanks, P. A., Tylor, L. R., et al. (2020). Poststerilization regret: Findings from a prospective study. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5), 563-570. McCarthy, F. P., Farah, N., O'Brien, Y., et al. (2017). The role of opportunistic salpingectomy in ovarian cancer prevention. *Obstetrics and Gynecology International Journal*, 38(6), 125-131.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS VASCULARES – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

2.2.2.27. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS VASCULARES – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

1.Introdução

As cirurgias vasculares compreendem procedimentos destinados ao diagnóstico e tratamento de doenças arteriais, venosas e linfáticas, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. Incluem intervenções abertas e endovasculares, como revascularizações, fistulas arteriovenosas, endarterectomias, varicectomias e procedimentos de hemostasia.

Este protocolo tem por finalidade padronizar a prática assistencial e cirúrgica vascular no HRDJSN, promovendo **segurança, rastreabilidade e qualidade** conforme os preceitos da **SBACV, RDC 36/2013, e Manual Brasileiro de Acreditação da ONA (2024)**.

2.Revisão de literatura:

A literatura recente reforça que protocolos estruturados em cirurgia vascular otimizam desfechos clínicos, reduzem eventos tromboembólicos e infecciosos, e padronizam condutas perioperatórias. As recomendações da **SBACV (2024)** e da **European Society for Vascular Surgery (ESVS, 2023)** reforçam a importância da avaliação pré-operatória rigorosa, do controle de comorbidades e da estratificação do risco tromboembólico.

Recomendações baseadas em evidência:

- Avaliação pré-operatória cardiovascular e controle pressórico: **Nível A – Forte recomendação.**

- Profilaxia antibiótica até 60 minutos antes da incisão: **Nível A – Evidência consolidada.**
- Profilaxia tromboembólica em pacientes com risco moderado a alto: **Nível A – Forte evidência.**
- Avaliação e mapeamento vascular prévio por doppler ou angiotomografia: **Nível B – Moderada evidência.**
- Uso do Checklist Cirúrgico da OMS/ANVISA: **Nível A – Evidência consolidada.**

Segurança e custo-efetividade:

A padronização do manejo vascular reduz complicações isquêmicas e infecções, além de otimizar o uso de materiais endovasculares, promovendo segurança e sustentabilidade assistencial.

3.Objetivo(s):

Estabelecer fluxos e condutas assistenciais padronizadas para a realização de cirurgias vasculares, assegurando a qualidade técnica, a segurança do paciente e o cumprimento das normas regulatórias e de acreditação hospitalar.

População-alvo:

Pacientes adultos com doenças vasculares arteriais, venosas ou linfáticas, indicados para tratamento cirúrgico de média complexidade.

Equipe executora:

Médicos cirurgiões vasculares, anesthesiologistas, equipe de enfermagem cirúrgica, instrumentadores, fisioterapeutas e equipe de apoio técnico.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Centro cirúrgico com equipamentos para procedimentos abertos e endovasculares;
- Sistema de imagem (angiografia, intensificador de imagem);
- Kits de dissecação vascular e instrumentais microcirúrgicos;
- Materiais de sutura vascular e fios de polipropileno;
- Stents, próteses vasculares e cateteres;

- Equipamentos de anestesia e suporte hemodinâmico;
- CME conforme RDC 15/2012, com rastreabilidade de todo o material crítico.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Cirurgião Vascular	Avaliar o paciente, indicar o procedimento, definir a técnica cirúrgica e conduzir o pós-operatório imediato.
Anestesiologista	Avaliar risco ASA, conduzir anestesia regional ou geral, monitorar hemodinâmica e suporte ventilatório.
Enfermagem Cirúrgica	Preparar materiais e equipamentos, garantir assepsia, auxiliar o cirurgião e registrar intercorrências.
CME / Apoio Técnico	Esterilizar e rastrear materiais e próteses.
Fisioterapia	Avaliar e iniciar reabilitação motora e circulatória no pós-operatório.
NQSP / NEP	Monitorar indicadores, garantir capacitação e auditoria de adesão aos protocolos.

6. Atividades:

Pré-operatório:

- Avaliação clínica, doppler vascular e exames laboratoriais.
- Estratificação de risco anestésico (ASA) e cardiovascular.
- Consentimento informado e plano anestésico definido.
- Profilaxia antimicrobiana (cefazolina 1–2g EV).
- Profilaxia para TEV conforme score de Caprini.
- Aplicação do Checklist de Cirurgia Segura (OMS/ANVISA).

Intraoperatório:

- Assepsia rigorosa e identificação do campo cirúrgico.
- Realização do procedimento conforme técnica definida (aberta ou endovascular).
- Registro de tipo de material implantado, lote e validade.
- Controle de sangramento e monitorização contínua.
- Comunicação ativa entre equipe cirúrgica, anestésica e enfermagem.

Pós-operatório:

- Monitorização contínua na SRPA e unidade de internação.
- Avaliação de perfusão distal e pulsos periféricos.
- Controle de dor, sangramento e infecção.
- Mobilização precoce e fisioterapia vascular.
- Retirada de drenos e curativos conforme prescrição médica.
- Notificação de eventos adversos e acompanhamento ambulatorial.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de procedimentos cirurgicos realizados (meta contratual)	Número de procedimentos cirurgicos realizados – Cirurgia Vascular (meta contratual)	50	Mensal
Taxa de sucesso cirúrgico vascular	(Procedimentos sem intercorrências ÷ Total de cirurgias vasculares) × 100	≥ 95%	Mensal
Taxa de infecção de sítio cirúrgico	(Casos de ISC ÷ Total de cirurgias vasculares) × 100	≤ 3%	Mensal
Taxa de reintervenção	(Reintervenções ÷ Total de cirurgias vasculares) × 100	≤ 10%	Trimestral

Taxa de complicações tromboembólicas	(Casos de TEV ÷ Total de cirurgias vasculares) × 100	≤ 2%	Trimestral
Tempo médio de internação pós-cirúrgica	Média (dias)	≤ 4 dias	Trimestral
Número de Consultas Realizadas (Indicador de Produção)	Total mensal de consultas registradas em cirurgia vascular	≥ 220 consultas/mês	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos e recursos disponíveis	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento das equipes cirúrgicas e CME	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação em regime de observação	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Coleta e análise dos indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9. Notas importantes

- Todos os implantes e próteses devem possuir rastreabilidade com etiqueta, lote e validade.
- Garantir a avaliação de perfusão distal pós-operatória e documentação em prontuário.
- Em cirurgias com uso de contraste, monitorar função renal (creatinina) no pós-operatório.

- Implementar protocolo de prevenção de TEV para todos os pacientes de risco.
- Comunicação imediata de intercorrências hemorrágicas ou trombóticas à equipe médica responsável.

10.Referências

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR (SBACV). *Diretrizes de Condutas Cirúrgicas Vasculares*. São Paulo: SBACV, 2024.
- EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY (ESVS). *Guidelines for Vascular Surgery*. 2023.
- BRASIL. ANVISA. *RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.
- BRASIL. ANVISA. *RDC nº 15/2012 – Processamento de Produtos para Saúde*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade Técnica em Cirurgia Vascular*.
- ILAS – Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. *Protocolos Assistenciais 2025*.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024*.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Surgical Safety Checklist, 2nd ed., 2023*.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS – PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

1.Introdução

As cirurgias otorrinolaringológicas (ORL) englobam procedimentos realizados nas cavidades nasal e oral, faringe, laringe e orelha, destinados ao diagnóstico e tratamento de doenças obstrutivas, infecciosas, inflamatórias e tumorais do trato aéreo superior.

Este protocolo tem como objetivo padronizar as práticas assistenciais e cirúrgicas da especialidade, garantindo segurança do paciente, efetividade clínica e conformidade com as legislações sanitárias e as diretrizes da **ABORL-CCF** e da **ANVISA**, em alinhamento às políticas institucionais do Instituto Social Mais Saúde.

2.Revisão de literatura:

As diretrizes atuais da **ABORL-CCF (2024)** e da **OMS (2023)** destacam que a adoção de protocolos clínicos em cirurgias otorrinolaringológicas reduz complicações infecciosas, melhora a previsibilidade anestésica e promove a segurança perioperatória.

Procedimentos como septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e timpanoplastia são classificados como de média complexidade, exigindo infraestrutura adequada e protocolos de assepsia rigorosos.

Principais recomendações baseadas em evidência:

- Profilaxia antimicrobiana até 60 minutos antes da incisão: **Nível A – Forte recomendação.**
- Avaliação pré-anestésica e jejum adequado: **Nível A – Evidência consolidada.**

- Utilização do Checklist Cirúrgico da OMS/ANVISA: **Nível A – Evidência consolidada.**
- Cuidados pós-operatórios com via aérea, sangramento e dor: **Nível B – Moderada evidência.**
- Orientações de alta sobre repouso, hidratação e vigilância de sangramento: **Nível B – Moderada evidência.**

Custo-efetividade e segurança:

A padronização das condutas cirúrgicas em ORL reduz readmissões por sangramento pós-operatório, otimiza o tempo de internação e melhora a experiência do paciente, com impacto positivo em segurança e custos hospitalares.

3.Objetivo(s):

Padronizar o atendimento clínico-cirúrgico em otorrinolaringologia, desde o pré-operatório até a alta hospitalar, garantindo segurança, qualidade e conformidade com os protocolos de acreditação e segurança assistencial.

População-alvo:

Pacientes adultos submetidos a cirurgias otorrinolaringológicas eletivas ou de urgência de média complexidade.

Equipe executora:

Médicos otorrinolaringologistas, anestesiólogistas, equipe de enfermagem cirúrgica, instrumentadores e apoio técnico da CME e fisioterapia.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Centro cirúrgico equipado com mesa cirúrgica ajustável e foco de luz fria;
- Torre de vídeo para endoscopia e microcâmeras;
- Aspirador cirúrgico e bisturi elétrico;
- Microscópio cirúrgico e pinças microcirúrgicas;
- Equipamentos de anestesia e ventilação assistida;
- Material estéril e de assepsia;
- CME com rastreabilidade de todos os instrumentais;

- Equipamentos de proteção individual (EPIs) e barreiras cirúrgicas.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Otorrinolaringologista	Avaliar e indicar o procedimento, conduzir o ato cirúrgico e acompanhar o pós-operatório imediato.
Anestesiologista	Avaliar risco anestésico, conduzir anestesia geral ou local, monitorar parâmetros vitais e prevenir complicações de via aérea.
Enfermagem Cirúrgica	Preparar materiais e sala cirúrgica, garantir assepsia e auxiliar o cirurgião durante o procedimento.
CME / Apoio Técnico	Esterilizar e rastrear os instrumentais otorrinolaringológicos.
Fisioterapia	Atuar no pós-operatório em cuidados respiratórios e reabilitação funcional, conforme indicação.
NQSP / NEP	Promover capacitações e monitorar indicadores de adesão ao protocolo e eventos adversos.

6. Atividades:

Pré-operatório:

- Avaliação clínica e exames laboratoriais (hemograma, coagulação, função renal e cardiológica).
- Avaliação anestésica e orientações de jejum.
- Profilaxia antimicrobiana conforme protocolo institucional.
- Consentimento informado e checklist de segurança.
- Registro completo no prontuário eletrônico.

Intraoperatório:

- Assepsia e antisepsia rigorosas.

- Posicionamento anatômico adequado (decúbito dorsal com extensão cervical).
- Realização do procedimento indicado (septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia, timpanoplastia, etc.).
- Controle de sangramento e manutenção de via aérea segura.
- Comunicação contínua entre cirurgião, anestesista e enfermagem.

Pós-operatório:

- Observação em SRPA por pelo menos 2 horas.
- Avaliação da permeabilidade das vias aéreas, sangramento e dor.
- Reforço de orientações sobre repouso, dieta e sinais de alerta (epistaxe, disfagia, febre).
- Mobilização conforme condição clínica.
- Registro e notificação de intercorrências.

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de procedimento cirurgico realizados (metas Contratual)	Número de procedimento cirurgico realizados	75	Mensal
Taxa de sucesso cirúrgico ORL	$(\text{Cirurgias sem intercorrências} \div \text{Total de cirurgias ORL}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Taxa de infecção de sítio cirúrgico	$(\text{Casos de ISC} \div \text{Total de cirurgias ORL}) \times 100$	$\leq 3\%$	Mensal
Taxa de sangramento pós-operatório	$(\text{Casos de sangramento} \div \text{Total de cirurgias ORL}) \times 100$	$\leq 2\%$	Trimestral
Taxa de reinternação	$(\text{Reinternações} \div \text{Total de cirurgias ORL}) \times 100$	$\leq 5\%$	Trimestral
Taxa de adesão ao Checklist Cirúrgico	$(\text{Checklists completos} \div \text{Total de cirurgias}) \times 100$	100%	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Atividade	Responsável	Resultado Esperado
Mês 1	Diagnóstico Situacional	Levantamento de fluxos, materiais e práticas atuais	Direção Técnica / NQSP	Identificação de lacunas
Mês 2	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo	Direção Técnica / Corpo Clínico	Protocolo validado
Mês 3	Capacitação	Treinamento da equipe cirúrgica e CME	NEP / NQSP	Equipe apta
Mês 4	Implantação Piloto	Aplicação supervisionada do protocolo	Direção Técnica / NQSP	Ajustes necessários
Mês 5	Avaliação	Coleta e análise de indicadores	NQSP / NEP	Melhoria contínua
Mês 6	Consolidação	Institucionalização e auditoria interna	Direção Técnica / NQSP	Protocolo ativo

9. Notas importantes

- O risco de sangramento em cirurgias ORL é elevado nas primeiras 24h; manter vigilância intensiva.
- Em casos de apneia obstrutiva grave, priorizar monitorização prolongada pós-anestésica.
- Garantir rastreabilidade dos instrumentais e conformidade da CME.
- Profilaxia antimicrobiana é obrigatória para cirurgias com abertura de mucosas.
- Registrar intercorrências e eventos adversos no sistema institucional.

10.Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL (ABORL-CCF). *Diretrizes de Procedimentos Cirúrgicos em ORL*. São Paulo, 2024.
- BRASIL. ANVISA. RDC nº 36/2013 – *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*.
- BRASIL. ANVISA. RDC nº 15/2012 – *Processamento de Produtos para Saúde*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 – Responsabilidade Técnica em Cirurgias Otorrinolaringológicas*.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Surgical Safety Checklist – 2nd edition, 2023*.
- ILAS – Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. *Protocolos Assistenciais 2025*.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual Brasileiro de Acreditação – 2024*.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO – TIPO II

2.2.2.28. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO – TIPO II

1.Introdução

A Terapia Intensiva Adulto Tipo II é destinada ao cuidado contínuo de pacientes críticos ou potencialmente críticos, que necessitam de suporte ventilatório, hemodinâmico, neurológico, metabólico e monitorização contínua, conforme regulamentação vigente do Ministério da Saúde.

Este protocolo padroniza:

- Critérios de admissão, permanência e alta
- Fluxos assistenciais integrados
- Responsabilidades multiprofissionais
- Medidas de prevenção de eventos adversos
- Segurança clínica, farmacológica e infecciosa

Alinha-se às exigências de habilitação **UTI Tipo II**, com suporte mínimo obrigatório 24 h e equipe multiprofissional especializada.

2.Revisão de literatura:

As diretrizes assistenciais da **AMIB (2024)** e **OMS (2023)** apontam que UTIs com protocolos estruturados apresentam:

- Redução de mortalidade;
- Menor taxa de infecção associada à assistência (IRAS);
- Redução do tempo médio de ventilação mecânica;
- Maior eficiência na transição de cuidados.

Evidências apontam como práticas recomendadas:

- Bundles de prevenção de pneumonia associada à ventilação (PAV): **Nível A – Forte recomendação**
- Sedação otimizada e interrupção diária: **Nível A**
- Prevenção de tromboembolismo venoso: **Nível A**
- Profilaxia de úlcera de estresse: **Nível B**
- Mobilização precoce em paciente crítico estável: **Nível B**
- Uso de escalas objetivas (RASS, SOFA, Glasgow): **Nível A**

Custo-efetividade:

Modelos multiprofissionais com protocolos de desmame reduzem permanência, repetições de exames e uso de antimicrobianos.

3.Objetivo(s):

Padronizar as rotinas assistenciais na UTI Adulto Tipo II, garantindo:

- Segurança do paciente crítico
- Monitorização contínua
- Prevenção de complicações
- Rastreabilidade terapêutica
- Melhoria contínua da qualidade

População-alvo: pacientes adultos críticos ou potencialmente críticos atendidos pelo HRDJSN.

Profissionais executores: equipe intensivista e multiprofissional expandida.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

A UTI Tipo II deve possuir:

- Leitos com gases medicinais, monitor multiparamétrico e bombas de infusão
- Ventiladores mecânicos microprocessados
- Capnografia e oximetria contínua
- Ultrassom point-of-care (recomendado)
- Equipamentos de proteção individual
- Carrinho de emergência com desfibrilador
- Sala de isolamento respiratório
- Sistema eletrônico de registro (prontuário UTI)

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Intensivista	Avaliação diária, prescrição, rounds, coordenação assistencial
Médico Plantonista	Suporte contínuo, estabilidade imediata e notificações
Enfermeiro Intensivista	Gestão do cuidado, prevenção de eventos, protocolos de bundles
Técnico de Enfermagem	Execução de procedimentos, monitorização e administração medicamentosa
Fisioterapeuta	Ventilação mecânica, desmame, mobilização precoce
Nutricionista	Prescrição nutricional enteral e parenteral
Farmacêutico Clínico	Segurança medicamentosa e interações
Fonoaudiólogo	Deglutição e reabilitação ventilatória
Psicólogo	Apoio psicossocial a paciente/família
Assistente Social	Articulação com rede e plano de alta
NQSP/NEP	Auditoria, educação permanente e análise de evento adverso

6. Atividades:

Admissão UTI

Indicada em:

- Instabilidade hemodinâmica
- Necessidade de VM invasiva
- Rebaixamento de consciência (GCS < 8)
- Choque séptico
- Pós-operatório crítico

Avaliar escalas:

- **SOFA**
- **SAPS 3**
- **RASS**
- **NEWS**

Rotina Diária (Rounds Multiprofissionais)

Inclui checagem:

- Sedação
- Analgesia
- Ventilação
- Hemodinâmica
- Nutrição
- Mobilização
- Prevenção de lesões

Manejo Ventilatório

Preferir:

- Estratégia protetora (6 mL/kg peso ideal)

- PEEP titulado
- Manejo de drive press

Bundles obrigatórios

- PAV
- CLABSI (cateter venoso central)
- CAUTI (cateter urinário)
- Prevenção de LPP

Curativos e dispositivos

Trocas e vigilância conforme protocolo institucional.

Sugestão transição de cuidados

Alta da UTI quando:

- Estabilidade hemodinâmica
- Ventilação espontânea
- Ausência de droga vasoativa ($\geq 6h$)
- Controle de infecção

7.Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula	Meta	Período
Taxa de infecção associada a ventilação	$IRAS/VM \times 1000$	$\leq 5/1000$	Mensal
Tempo de ventilação mecânica	Média dias/UTI	≤ 7 dias	Mensal
Taxa de mortalidade ajustada por case-mix	$\frac{\text{óbitos ajustados}}{\text{admissions}} \div$	$< \text{benchmark estadual}$	Trimestral
Tempo médio de permanência	$\text{Dias} \div \text{altas}$	≤ 10 dias	Mensal
Adesão ao bundle PAV	$\frac{\text{ações realizadas}}{\text{elegíveis}} \div$	$\geq 95\%$	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Responsável	Resultado
Mês 1	Diagnóstico situacional da UTI	Direção Técnica/NQSP	Lacunas identificadas
Mês 2	Padronização de bundles/fluxos	Corpo Clínico/NEP	Protocolos validados
Mês 3	Treinamento multiprofissional	NEP	Equipe capacitada
Mês 4	Implantação piloto	NQSP	Ajustes estruturais
Mês 5	Monitoramento de indicadores	NQSP/Farmácia/SCI	Melhoria contínua
Mês 6	Auditoria interna	Direção Técnica	Consolidação

9. Notas importantes

- Contenção mecânica é **último recurso** e deve ser registrada.
- Antimicrobianos somente mediante protocolo de stewardship.
- Rondas de segurança devem ocorrer **2x/dia**.
- Uso obrigatório de checklists para:
 - Dispositivos
 - VM
 - Sedação
 - Transição de cuidado

10.Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS 895/2017 – Unidade de Terapia Intensiva Tipo II.

ANVISA. RDC nº 07/2010 – Requisitos mínimos UTI.

ANVISA. RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente.

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Diretrizes 2024.

ILAS – Protocolos Assistenciais 2025.

ONA – Manual Brasileiro de Acreditação 2024.

OMS – Guidelines for Critical Care 2023.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UTI

2.2.2.29. PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UTI

1.Introdução

O presente Protocolo Clínico-Assistencial Institucional de Classificação de Risco em UTI tem por finalidade padronizar e qualificar o processo de admissão e priorização de pacientes críticos, assegurando a segurança, integralidade e humanização do cuidado intensivo.

A classificação de risco para internação em UTI visa avaliar a gravidade clínica, o potencial de benefício e o prognóstico, otimizando o uso dos leitos críticos e garantindo a equidade na alocação dos recursos assistenciais. Está alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde (Portaria n.º 2.048/2002), às Boas Práticas da AMIB (2023) e à Resolução CFM n.º 2.156/2016.

2.Revisão de literatura:

A admissão em UTI deve basear-se em critérios clínicos, fisiológicos e prognósticos, priorizando pacientes com maior potencial de recuperação.

Modelos validados como SAPS III, SOFA Score e APACHE II orientam a estratificação de risco e o prognóstico.

Estudos demonstram que o uso de protocolos de priorização reduz mortalidade, tempo de permanência e custos operacionais.

As diretrizes da AMIB (2023) recomendam quatro níveis de prioridade:

- ✓ Prioridade 1: pacientes instáveis, com necessidade de suporte intensivo imediato;

- ✓ Prioridade 2: pacientes que necessitam de monitorização contínua e suporte intensivo potencial;
- ✓ Prioridade 3: pacientes crônicos ou com limitação de terapêutica, sem benefício esperado com terapia intensiva plena;
- ✓ Prioridade 4: pacientes terminais ou em cuidados paliativos, sem indicação de suporte intensivo.

3.Objetivo(s):

Geral:

Garantir a aplicação uniforme de critérios técnicos e éticos para classificação e admissão de pacientes na UTI.

Específicos:

- ✓ Estabelecer critérios objetivos de priorização.
- ✓ Promover transparência e segurança na regulação de leitos.
- ✓ Integrar equipes médicas e de enfermagem no processo decisório.
- ✓ Monitorar indicadores de eficiência e mortalidade hospitalar.

4.Recursos físicos e materiais

- ✓ Sala de triagem com acesso ao sistema informatizado (prontuário eletrônico e regulação);
- ✓ Fichas institucionais de classificação de risco UTI;
- ✓ Escalas de gravidade (SOFA, SAPS III, APACHE II) impressas ou digitais;
- ✓ Equipamentos: monitor multiparamétrico, ventilador, bomba de infusão e suporte de oxigênio.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Médico(a) Intensivista:

- ✓ Aplicar o protocolo de classificação de risco e decidir sobre admissões;
- ✓ Registrar pontuação prognóstica (SOFA, SAPS III);
- ✓ Supervisionar reavaliações diárias e alta de pacientes crítico.

Enfermeiro(a) da UTI:

- ✓ Avaliar condições clínicas e apoiar decisão médica;
- ✓ Realizar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem);
- ✓ Realizar procedimentos privativos do Enfermeiro;
- ✓ Garantir registros fidedignos e monitoramento contínuo;
- ✓ Identificar alterações que demandem reclassificação de prioridade.

Equipe Multiprofissional (Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social):

- ✓ Participar da avaliação global do paciente;
- ✓ Planejar cuidados conforme gravidade e prognóstico.

Regulação / NIR:

- ✓ Coordenar o processo de solicitação e liberação de vagas de UTI;
- ✓ Priorizar conforme classificação institucional e disponibilidade de leitos.

Técnico de enfermagem

- ✓ Assistência direta ao paciente crítico;
- ✓ Cuidados gerais de enfermagem;
- ✓ Assegura as condições adequadas do leito, reposição de insumos, descarte adequado de resíduos e cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar.

Diretor Técnico

- ✓ Responsável pela implementação do protocolo, pela articulação entre níveis de atenção (atenção primária, especializado, hospitalar), pelo monitoramento dos indicadores, pelo planejamento do cronograma de implantação, e pela gestão de insumos e recursos humanos.

6. Atividades:

6.1 Critérios de admissão em UTI

Pacientes com instabilidade ou risco iminente de falência de um ou mais sistemas vitais, que necessitam:

- ✓ Monitorização contínua (cardíaca, respiratória, neurológica, hemodinâmica);
- ✓ Suporte avançado de vida (ventilação mecânica, drogas vasoativas, diálise etc.);
- ✓ Intervenção terapêutica intensiva e imediata.

Quadro 1 – Critérios de admissão na UTI por sistema afetado

Sistema/Condição	Critérios de Admissão
Respiratório	Insuficiência respiratória aguda; necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva; $PaO_2/FiO_2 < 200$.
Cardiovascular	Choque de qualquer etiologia; IAM com instabilidade hemodinâmica; arritmias graves; pós-parada cardiorrespiratória.
Neurológico	Coma; Glasgow ≤ 8 ; AVC com risco de deterioração; crises convulsivas refratárias.
Renal/Metabólico	IRA com indicação de diálise; acidose metabólica grave; distúrbios hidroeletrólíticos graves.
Séptico/Infeccioso	Sepse ou choque séptico; necessidade de antibióticos de amplo espectro e suporte avançado.
Pós-operatório	Cirurgias de grande porte com risco elevado; complicações intraoperatórias graves.
Outros	Queimaduras extensas; intoxicações graves; politraumatizados; pacientes oncológicos críticos reversíveis, pré-eclampsia,

6.2 Critérios de Exclusão

Situações em que o tratamento intensivo não trará benefícios:

- ✓ Doença terminal sem perspectiva de reversão clínica;
- ✓ Paciente em cuidados paliativos exclusivo com foco em conforto e dignidade;
- ✓ Situações em que a morte é inevitável e iminente, independente do suporte intensivo;
- ✓ Recusa formal do paciente ou da família (diretiva antecipada de vontade).

Condições clínicas estáveis ou de baixa complexidade

- ✓ Pacientes que não necessitam monitorização contínua ou suporte avançado de vida;
- ✓ Casos em que o tratamento pode ser feito com segurança em unidade intermediária ou enfermaria.

Quadro 2 – Critérios de exclusão de admissão em UTI

6.3 Fluxo Operacional

O fluxo operacional segue várias etapas, que estão relacionadas entre si, segue quadro geral.

Quadro 3 – Etapas do fluxo operacional de gestão de leitos na UTI

Etapa	Responsável	Descrição Resumida	Objetivo	Registro Obrigatório
1. Solicitação de Vaga UTI	Médico Solicitante	Preenche ficha com dados clínicos, diagnóstico e escore de gravidade.	Iniciar processo de admissão com base objetiva.	Ficha Institucional / Prontuário
2. Avaliação e Classificação	Médico Intensivista / NIR	Aplica protocolo e determina prioridade (P1–P4).	Garantir priorização conforme gravidade e benefício clínico.	Sistema / Ficha UTI
3. Definição de Internação	Coordenação Médica / NIR	Confirma vaga conforme prioridade e disponibilidade de leito.	Assegurar uso adequado dos leitos críticos.	Sistema / Planilha Regulação
4. Comunicação à Enfermagem	NIR / Enfermagem da UTI	Prepara o leito, checka equipamentos e recursos assistenciais.	Garantir admissão segura e continuidade do cuidado.	Checklist de admissão
5. Reavaliação de Casos	Intensivista / Enfermagem	Reavalia o paciente diariamente ou a cada alteração significativa.	Ajustar prioridade e identificar elegibilidade de alta.	Evolução médica / SOFA
6. Alta / Contrarreferência	Intensivista / NIR	Realiza contrarreferência, resumo de alta e liberação de vaga.	Garantir transição segura e rastreabilidade das informações.	Resumo de Alta / Regulação

6.3.1. Solicitação de Vaga UTI – Médico Solicitante

Descrição Detalhada:

O médico assistente (geralmente do PA, unidade de internação ou outro serviço hospitalar) inicia o processo preenchendo a Ficha Institucional de Solicitação de Vaga de UTI, contendo:

- ✓ Dados completos de identificação do paciente;
- ✓ Diagnóstico principal e comorbidades relevantes;
- ✓ Condições clínicas atuais (sinais vitais, suporte em uso, exames recentes);
- ✓ Escore de gravidade calculado (SOFA, SAPS III, ou APACHE II, conforme protocolo);

- ✓ Justificativa clínica para admissão em leito intensivo.

Objetivo:

Permitir uma análise objetiva do caso, padronizar as solicitações e evitar internações desnecessárias.

Boas Práticas:

- ✓ Evitar termos genéricos como “grave” ou “instável” sem parâmetros objetivos.
- ✓ Atualizar o prontuário eletrônico em tempo real.
- ✓ Incluir contato direto do solicitante para discussão imediata com o intensivista.

6.3.2. Avaliação e Classificação – Médico Intensivista / Regulação**Descrição Detalhada:**

O médico intensivista, em conjunto com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), aplica o Protocolo de Classificação de Risco, atribuindo a prioridade (P1 a P4) conforme critérios clínicos e prognósticos.

Ações Específicas:

- ✓ Revisar os dados clínicos enviados;
- ✓ Confirmar escore de gravidade e identificar riscos imediatos;
- ✓ Definir prioridade segundo a tabela institucional (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde);
- ✓ Registrar decisão no sistema e comunicar ao NIR.

Critérios de Priorização:

P1 (Vermelho): Emergência – risco imediato de morte; suporte vital ativo.

P2 (Laranja): Muito urgente – instabilidade iminente.

P3 (Amarelo): Urgente – monitorização contínua, sem suporte avançado.

P4 (Verde): Cuidados intermediários, possível observação em unidade semi-intensiva.

Objetivo:

Garantir que os leitos sejam ocupados por pacientes com maior potencial de benefício clínico e prognóstico favorável.

Quadro 4 – Nível de prioridade conforme AMIB

Nível de Prioridade (AMIB)	Descrição	Exemplo Clínico
1	Necessitam de suporte intensivo imediato e têm chance de recuperação.	Choque séptico, insuficiência respiratória aguda.
2	Necessitam monitorização intensiva, mas sem suporte avançado no momento.	Pós-operatório de grande porte, trauma estável.
3	Doença crônica avançada com reversibilidade limitada.	DPOC terminal em exacerbação, insuficiência cardíaca avançada.
4	Terminalidade, sem benefício esperado com suporte intensivo.	Neoplasia metastática refratária, falência orgânica múltipla irreversível.

6.3.3. Definição de Internação – Coordenação Médica / NIR

Descrição Detalhada:

Após a classificação, o NIR e a Coordenação Médica validam a disponibilidade de leito compatível com a prioridade e definem o destino do paciente.

Passos:

- ✓ Verificar disponibilidade física e tipo de leito (islação, COVID, ventilado etc.);
- ✓ Conferir critérios de biossegurança e recursos necessários;
- ✓ Comunicar o aceite da vaga ao solicitante;
- ✓ Atualizar sistema de regulação e prontuário.

Objetivo:

Evitar ocupações indevidas e garantir fluidez na utilização dos recursos críticos.

Ponto de Controle:

Tempo médio entre solicitação e decisão ≤ 60 minutos para P1–P2.

Quadro 5 – Modelos de Estratificação de risco

Modelo de Estratificação	Objetivo	Variáveis Avaliadas	Faixa de Pontuação	Interpretação
SAPS III	Predizer mortalidade hospitalar com base em variáveis clínicas e fisiológicas nas primeiras 24h de internação na UTI.	Idade, motivo da internação, temperatura corporal, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O ₂ , gasometria (PaO ₂ , FiO ₂), creatinina, bilirrubina, leucócitos, plaquetas, Glasgow, uso de drogas vasoativas e comorbidades.	0 a 217 pontos (quanto maior, maior a mortalidade esperada).	Estratifica o risco de morte hospitalar em pacientes críticos com alta precisão e ajuste para casuística internacional.
SOFA Score	Avaliar disfunção orgânica e prognóstico de pacientes críticos, com base na pior condição clínica de cada sistema orgânico nas últimas 24h.	Função respiratória (PaO ₂ /FiO ₂), coagulação (plaquetas), fígado (bilirrubina), sistema cardiovascular (PAM e uso de vasopressores), sistema nervoso central (Glasgow), e função renal (creatinina e diurese).	0 a 24 pontos (quanto maior, maior disfunção orgânica).	Reflete o grau de disfunção orgânica global; útil no acompanhamento evolutivo do paciente.
APACHE II	Estimar gravidade e risco de mortalidade com base em dados fisiológicos, idade e comorbidades nas primeiras 24h de UTI.	Temperatura, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação (A-a O ₂ ou PaO ₂), pH arterial, sódio, potássio, creatinina, hematócrito, leucócitos, Glasgow, idade e doenças crônicas graves.	0 a 71 pontos (quanto maior, maior gravidade e risco de morte).	Permite comparação de desempenho entre UTIs e previsão de mortalidade individual ajustada ao perfil clínico.

6.3.4. Comunicação à Enfermagem – Regulação / UTI

Descrição Detalhada:

A equipe de enfermagem da UTI é notificada para preparar o leito e organizar os recursos assistenciais para a admissão segura do paciente.

Atividades:

- ✓ Higienização terminal do leito e verificação de equipamentos;
- ✓ Conferência de materiais e medicamentos de emergência;
- ✓ Comunicação com equipe de transporte e PA;
- ✓ Recepção do paciente e conferência do checklist de transferência.

Objetivo:

Garantir a continuidade assistencial e a segurança do paciente crítico no momento da admissão.

6.3.5. Avaliação Inicial/ Reavaliação de Casos – Intensivista / Enfermagem

Descrição Detalhada:

Avaliação Inicial é realizada imediatamente na admissão do paciente na UTI e deve ser aplicado o escore de estratificação de risco admissional (SAPS III ou APACHE II). A reavaliação é realizada diariamente ou a cada alteração significativa no quadro clínico é utilizado o escore SOFA.

O objetivo é ajustar a prioridade, verificar elegibilidade de alta ou identificar piora.

Ações:

- ✓ Aplicar o escore de gravidade;
- ✓ Atualizar evolução médica e de enfermagem;
- ✓ Registrar decisão de manter, reclassificar ou indicar alta;
- ✓ Comunicar à equipe multiprofissional e NIR.

Critérios para Reavaliação:

- ✓ Mudança no suporte ventilatório;
- ✓ Alteração do nível de consciência;
- ✓ Redução de drogas vasoativas;
- ✓ Estabilização hemodinâmica.

SAPS III (Simplifield Acute Physiology Score III) – é um sistema de pontuação utilizado para avaliar a gravidade de pacientes críticos internados em UTI. É baseado em variáveis clínicas e laboratoriais coletadas nas primeiras 24h de internação, e tem como objetivo estimar a mortalidade hospitalar e apoiar decisões clínicas e gerenciais

Quadro 6 – Score SAPS III

Categoria	Variável	Intervalo / Condição	Pontos	Interpretação Clínica
Dados do paciente	Idade	< 40 anos	0	Reserva fisiológica preservada.
		40–59 anos	7	Risco moderado pela idade.
		60–69 anos	12	Risco intermediário.
		70–74 anos	15	Risco elevado.
		75–79 anos	18	Maior vulnerabilidade fisiológica.
		≥ 80 anos	24	Risco muito alto; reserva fisiológica crítica.
	Tipo de admissão	Cirúrgica eletiva	0	Caso programado e otimizado.
		Cirúrgica urgência	8	Instabilidade associada a complicações.
		Clínica	10	Doença aguda grave, pior prognóstico.
	Tempo pré-UTI	< 24 h	0	Admissão precoce; melhor prognóstico.
		≥ 24 h	5	Atraso na admissão aumenta risco.
Comorbidades	Doenças graves	Nenhuma	0	Sem limitação funcional.
		Cirrose, Neoplasia metastática, AIDS, ICC IV	13	Prognóstico reservado.
Sinais vitais e gasometria	Temperatura (°C)	36–38,4	0	Faixa normal.
		< 36 ou > 38,5	3	Distúrbio térmico / infecção / choque.
	PAM (mmHg)	70–119	0	Adequado para perfusão tecidual.
		< 70 ou > 119	3	Hipotensão ou hipertensão significativa.
	FC (bpm)	70–119	0	Normal.
		< 70 ou > 119	3	Bradi/Taquicardia; disfunção cardiovascular.
	FR (irpm)	12–24	0	Faixa fisiológica normal.
		< 12 ou > 24	3	Comprometimento respiratório.
	Sat O ₂ (%)	> 90	0	Adequado.
		< 90	4	Hipoxemia significativa.
	pH arterial	7,35–7,44	0	Normal.
		< 7,25 ou > 7,55	5	Acidose/Alcalose grave.
	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	> 300	0	Normal.
		≤ 200	11	Hipoxemia severa (SDRA).
Laboratoriais	Bilirrubina total (mg/dL)	< 2	0	Função hepática preservada.
		≥ 6	6	Colestase / insuficiência hepática.
	Creatinina (mg/dL)	< 1,2	0	Função renal preservada.
		≥ 3,5	10	Insuficiência renal grave.
	Débito urinário (mL/dia)	> 1000	0	Diurese adequada.
		< 500	11	Oligúria / anúria / risco de IRA.
	Leucócitos (10 ³ /μL)	4–11	0	Normal.
		< 4 ou > 11	3	Sinal de infecção / imunossupressão.
	Plaquetas (10 ³ /μL)	150–450	0	Normal.
		< 50	8	Trombocitopenia grave / risco de sangramento.
Nível de Consciência	ECG (Glasgow)	15	0	Normal.
		< 8	10	Comprometimento neurológico grave.
Motivo e origem	Diagnóstico principal	Sepse / choque séptico	10	Alta mortalidade associada.
	Motivo da internação	Respiratória / Cardiovascular	5	Falência orgânica aguda.
	Local de origem	Emergência / Outro hospital	3	Risco aumentado por transferência.

Quadro 7 – Classificação SAPS III

Faixa de Pontos	Gravidade	Risco Estimado de Mortalidade (%)	Classificação
0 – 44	Leve	< 10%	Baixo risco
45 – 64	Moderada	10 – 25%	Risco intermediário
65 – 84	Grave	25 – 50%	Alto risco
≥ 85	Muito grave	> 50%	Risco extremo

APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) – É um score prognóstico criado em 1985 para avaliar a gravidade clínica e o risco de mortalidade de pacientes internados em UTI.

Quadro 8 – Score APACHE II

Categoria	Variável	Faixa / Condição	Pontos	Interpretação
Fisiológicas	Temperatura (°C)	≥ 41,0 / < 29,9	4	Risco extremo; falência orgânica.
		39–40,9 / 30–31,9	3	Desvio grave; instabilidade metabólica.
		38,5–38,9 / 34–35,9	1	Alteração leve; infecção ou hipotermia leve.
		36–38,4	0	Normal.
	PAM (mmHg)	≥ 160 / ≤ 49	4	Perfusão crítica / hipertensão grave.
		130–159 / 50–69	-1	Desvio significativo da normalidade.
		70–109	0	Adequado.
	FC (bpm)	≥ 180 / ≤ 39	4	Instabilidade cardiovascular grave.
		140–179 / 40–54	3	Comprometimento hemodinâmico importante.
		110–139 / 55–69	-1	Alteração leve/moderada.
	FR (irpm)	70–109	0	Normal.
		≥ 50 / ≤ 5	4	Falência ventilatória.
		35–49 / 6–9	-1	Hiperventilação / hipoventilação significativa.
Oxigenação	PaO ₂ ou A-aDO ₂	12–24	0	Faixa normal.
		< 55 / ≥ 500	4	Hipoxemia ou falência respiratória grave.
		55–60 / 350–499	3	Comprometimento respiratório importante.
		61–70 / 200–349	-1	Hipoxemia leve/moderada.
Ácido-base	pH arterial	> 70 / < 200	0	Adequado.
		≥ 7,70 / < 7,15	4	Desvio grave; alto risco de mortalidade.
		7,60–7,69 / 7,15–7,24	3	Distúrbio ácido-base importante.
		7,50–7,59 / 7,25–7,32	-1	Alteração leve/moderada.
Eletrólitos	Sódio (mEq/L)	7,33–7,49	0	Normal.
		≥ 180 / ≤ 110	4	Desbalanço hídrico grave.
		160–179 / 111–119	3	Alteração importante.
		150–159 / 120–129	2	Alteração moderada.
	Potássio (mEq/L)	130–149	0	Faixa normal.
		≥ 7,0 / < 2,5	4	Risco arritmico severo.
		6,0–6,9 / 2,5–2,9	-1	Alteração moderada a grave.
Função renal	Creatinina (mg/dL)	3,0–3,4 / 5,5–5,9	1	Alteração leve.
		3,5–5,4	0	Normal.
		≥ 3,5	4	Insuficiência renal grave (duplicar se aguda).
		2,0–3,4	3	Insuficiência moderada.
Hematologia	Hematócrito (%)	1,5–1,9	2	Disfunção leve.
		0,6–1,4	0	Normal.
		0,6–1,4	0	Normal.
	Leucócitos (10 ³ /μL)	≥ 60 / < 20	4	Hemoconcentração ou anemia grave.
		50–59 / 20–29	2	Alteração moderada.
		30–45	0	Normal.
Neurológico	Glasgow	≥ 40 / < 1	4	Leucocitose / leucopenia extrema.
		20–39 / 1–2,9	2	Desvio importante.
Idade	Anos	3–19	0	Normal / discreto aumento.
		Contribuição = 15 – ECG	-	Maior gravidade com menor ECG.
Crônicas	Insuficiência grave / imunossupressão	< 44	0	Melhor prognóstico.
		45–54 / 55–64 / 65–74 / ≥ 75	2–6	Risco crescente com idade.
		Pós-op eletivo	2	Adicionar se presente.
		Não operatório / pós-op urgência	5	Adicionar se presente.

Quadro 9 – Classificação APACHE II

Faixa (pontuação APACHE II*)	Gravidade	Risco de Mortalidade (aprox.)	Interpretação
0–9	Leve	< 10%	Quadros menos graves; atenção a evolução e diagnóstico.
10–19	Moderada	10–25%	Risco significativo; intervenções precoces impactam desfecho.
20–29	Grave	25–55%	Alta complexidade; múltiplas disfunções possíveis.
30–39	Muito grave	55–75%	Requer suporte avançado e vigilância intensiva.
≥40	Extrema	> 75%	Prognóstico reservado; alinhar plano terapêutico e objetivos de cuidado.

Quadro 10 – Score SOFA

Sistema	Variável	Faixa / Condição	Pontos	Interpretação Clínica
Respiratório	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥ 400	0	Trocax gasosas preservadas.
		300–399	1	Hipoxemia leve.
		200–299	2	Hipoxemia moderada.
	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg) com suporte ventilatório	< 200	3	Hipoxemia grave com necessidade de suporte.
Coagulação	Plaquetas (10 ⁹ /μL)	< 100	4	Hipoxemia muito grave, risco alto.
		≥ 150	0	Sem disfunção hematológica.
		100–149	1	Trombocitopenia leve.
		50–99	2	Trombocitopenia moderada.
		20–49	3	Trombocitopenia grave.
Fígado	Bilirrubina total (mg/dL)	< 20	4	Risco alto de sangramento.
		< 1,2	0	Função hepática preservada.
		1,2–1,9	1	Disfunção leve / icterícia discreta.
		2,0–5,9	2	Disfunção moderada.
		6,0–11,9	3	Disfunção grave.
Cardiovascular	PAM / Vasopressores	≥ 12,0	4	Insuficiência hepática importante.
		PAM ≥ 70 mmHg sem droga vasoativa	0	Hemodinâmica adequada.
		PAM < 70 mmHg	1	Hipotensão leve.
		Dopamina ≤ 5 μg/kg/min ou Dobutamina (qualquer)	2	Suporte leve.
		Dopamina > 5–≤15 ou Noradrenalina ≤ 0,1 μg/kg/min	3	Suporte moderado.
		Dopamina > 15 ou Noradrenalina > 0,1 μg/kg/min	4	Suporte alto; choque refratário.
Neurológico	Glasgow (ECG)	15	0	Sem disfunção neurológica.
		13–14	1	Comprometimento leve.
		10–12	2	Comprometimento moderado.
		6–9	3	Comprometimento grave; risco de via aérea.
		< 6	4	Coma profundo.
Renal	Creatinina (mg/dL) / Débito urinário (mL/dia)	< 1,2	0	Função renal preservada.
		1,2–1,9	1	Lesão leve.
		2,0–3,4	2	Lesão moderada.
		3,5–4,9 ou < 500 mL/dia	3	Lesão grave / oligúria importante.
		≥ 5,0 ou < 200 mL/dia	4	Insuficiência renal / anúria.

Quadro 11 – Classificação SOFA

Pontuação Total (SOFA)	Gravidade	Tendência Prognóstica	Interpretação Clínica
0–6	Leve	Risco baixo	Disfunção orgânica discreta; bom prognóstico se tratada precocemente.
7–9	Moderada	Risco moderado	Disfunção em 2–3 sistemas; requer intervenção e vigilância intensiva.
10–12	Grave	Risco elevado	Disfunção grave; alta probabilidade de suporte múltiplo.
≥ 13	Muito grave	Risco muito alto	Disfunção multissistêmica estabelecida; prognóstico reservado.

6.3.6. Alta / Contrarreferência – Intensivista / NIR

Descrição Detalhada:

Quando o paciente atinge estabilidade clínica e não requer mais cuidados intensivos, é iniciada a alta da UTI com contrarreferência formal.

Procedimentos:

- ✓ Decisão conjunta médico-intensivista e equipe multiprofissional;
- ✓ Comunicação ao NIR e à unidade receptora;
- ✓ Preenchimento do resumo de alta (diagnóstico, terapêuticas em curso, cuidados de continuidade);
- ✓ Liberação do leito no sistema de regulação.

Objetivo:

Garantir transição segura e eficiente entre níveis de cuidado, mantendo a rastreabilidade e integridade das informações.

Quadro 12 – Critérios de alta na UTI, conforme AMIB

Categoria	Critério	Descrição Detalhada
Clínico	Estabilidade hemodinâmica	Paciente sem uso de drogas vasoativas e com parâmetros vitais estáveis.
	Ventilação espontânea	Paciente em respiração espontânea ou com oxigenoterapia leve (sem ventilação mecânica invasiva).
	Nível de consciência	Paciente desperto, orientado ou com controle de vias aéreas garantido.
	Monitorização invasiva	Ausência de necessidade de monitorização invasiva contínua.
	Parâmetros laboratoriais	Resultados laboratoriais estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas.
	Controle de infecção	Infecções tratadas e sob controle clínico e laboratorial.
	Estabilidade metabólica	Glicemia, eletrólitos e função renal estabilizados.
Operacional	Decisão médica	Alta decidida e registrada pelo médico intensivista responsável.
	Comunicação com NIR	NIR e unidade receptora informados sobre a alta e disponibilidade do leito.
	Resumo de alta	Documento de alta preenchido com diagnóstico, evolução e plano terapêutico.
Administrativo	Registro no sistema	Alta registrada no prontuário eletrônico e sistema de regulação.
	Liberação de leito	Leito liberado e higienizado conforme protocolo institucional.

7. Resultados esperados e indicadores

7.1 Resultados esperados

- ✓ Otimizar o uso dos leitos de UTI, priorizando pacientes conforme estratificação de riscos, reduzindo a taxa de mortalidade por gravidade.

7.2 Indicadores

- ✓ Tempo médio de admissão após solicitação: ≤ 60 min (P1–P2)
- ✓ Taxa de ocupação de leitos críticos: 85–95 %
- ✓ Percentual de admissões por prioridade: ≥ 70 %
- ✓ Mortalidade ajustada por gravidade: ≤ 20 %
- ✓ Tempo médio de permanência: ≤ 7 dias

8. Plano de implantação:

Nov/25 – Diagnóstico Situacional: Levantamento de fluxos e critérios atuais de admissão (NQSP / Coordenação de Enfermagem)

Nov/25 – Planejamento: Revisão do protocolo e elaboração de formulário institucional (Direção Técnica / NEP)

Dez/25 – Capacitação: Treinamento das equipes de PA, UTI e NIR (NEP / NQSP)

Dez/25 – Implantação: Aplicação do protocolo e auditoria (Direção Técnica / NQSP)

Jan/26 – Avaliação: Monitoramento dos indicadores e ajustes (NQSP / Coordenação Médica)

Jan/26 – Consolidação: Institucionalização e revisão anual (Direção Técnica / NQSP)

9. Notas importantes

- ✓ O protocolo é obrigatório para todas as solicitações de vaga de UTI.
- ✓ A decisão final cabe ao médico intensivista responsável.
- ✓ Não é necessário utilizar os 3 modelos (SAPS III, APACHE II e SOFA) de estratificação de risco, porém eles são complementares.
- ✓ Recomenda-se utilizar SAPS III E APACHE II na admissão e SOFA na reavaliação diária.
- ✓ A reavaliação clínica deve ocorrer a cada 24 h ou sempre que houver alteração no estado geral do paciente.
- ✓ Admissões no pronto socorro devem seguir o protocolo de acolhimento e classificação de risco da unidade e após avaliação médica, se cabível, solicitar vaga de UTI.
- ✓ Casos omissos serão deliberados pela Direção Técnica e Comissão de Ética Médica.
- ✓ Revisão anual obrigatória pelo NQSP.

10. Referências

- ✓ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.048/2002. Política Nacional de Atenção às Urgências.
- ✓ AMIB. Diretrizes para Boas Práticas de UTI. 2023.
- ✓ CFM. Resolução n.º 2.156/2016 – Critérios de admissão e alta da UTI.
- ✓ ANVISA. RDC n.º 36/2013 – Segurança do Paciente.
- ✓ ONA. Manual Brasileiro de Acreditação. 2023.
- ✓ SOUZA AC et al. "Use of prognostic scores for ICU admission decisions." Critical Care Med, 2020.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE VARIZES

2.2.2.30. PROTOCOLO DE VARIZES

1.Introdução

As varizes dos membros inferiores constituem manifestação comum da doença venosa crônica (DVC), caracterizada por dilatação e tortuosidade das veias superficiais, frequentemente associadas a refluxo, insuficiência valvular e ineficácia no retorno venoso.

Dada a elevada prevalência, impacto sobre qualidade de vida, risco de complicações (edema, dor, úlceras venosas) e custos ao sistema de saúde, este protocolo padroniza avaliação, tratamento e acompanhamento.

2.Revisão de literatura:

A Doença Venosa Crônica e varizes são altamente prevalentes: estimativas apontam que até 80% da população pode apresentar estágios leves da doença venosa crônica.

Fatores de risco incluem idade, sexo feminino, gestação, obesidade, histórico familiar, sedentarismo e permanecer longos períodos de pé ou sentado.

A classificação CEAP (Clínica-Etiológica-Anatomia-Fisiológica) é padrão para estratificação da doença venosa.

Tratamento conservador (meias de compressão, mudanças no estilo de vida, atividade física) é considerado parte fundamental da gestão inicial. Procedimentos intervencionistas: escleroterapia (especialmente para veias menores ou como adjuvante) e cirurgia convencional ou técnicas endovasculares (laser, radiofrequência) para veias de maior calibre ou com complicações.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento das varizes – que inclui condutas clínicas, escleroterapia, cirurgia e procedimentos minimamente invasivos – está regulamentado,

pela Portaria 709/2017, que incluiu o tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores na Tabela de Procedimentos do SUS.

3.Objetivo(s):

- ✓ Padronizar o atendimento de pacientes com varizes dos membros inferiores no âmbito municipal/regional, alinhado com diretrizes nacionais, assegurando qualidade, segurança, efetividade e equidade.
- ✓ Garantir que sejam definidas claramente as etapas de triagem, avaliação, critérios de inclusão/exclusão, tratamento (conservador e intervencionista), acompanhamento e indicadores para monitoramento e melhoria contínua.
- ✓ Promover a educação do paciente, a prevenção de complicações (como úlceras venosas) e a otimização dos recursos do SUS.
- ✓ Aumentar o acesso e reduzir desigualdades no tratamento de varizes na rede pública, bem como integrar as ações com atenção primária, especializada e níveis de atenção à saúde vascular.

4.Recursos físicos e materiais

- ✓ Consultório de angiologia/cirurgia vascular ou unidade de atenção especializada para avaliação pré-tratamento.
- ✓ Ambiente ambulatorial para realização de escleroterapia ou procedimentos minimamente invasivos (com ultrassom Doppler se necessário).
- ✓ Centro cirúrgico para procedimentos convencionais ou endovasculares.
- ✓ Área de recuperação pós-procedimento.
- ✓ Ultrassom para Doppler venoso de membros inferiores.
- ✓ Materiais para procedimentos endovasculares ou cirúrgicos: bisturis, pinças, sistema de laser ou radiofrequência (se disponível), suturas, curativos, compressão pós-operatória.
- ✓ Fichas de registro, prontuário, sistema de informação para monitoramento de produção de procedimentos, indicadores e complicações.
- ✓ Material educativo ao paciente: cartilha de varizes, orientações para estilo de vida, pós-procedimento, cuidados com a perna, meias de compressão.

- ✓ Equipamentos de esterilização, descarte de resíduos perfurocortantes, normas de segurança e controle de infecção.
- ✓ Sala de espera, acolhimento, orientação e educação em saúde para o paciente.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Médico angiologista/cirurgião vascular

- ✓ Realizar consulta de avaliação, prescrição de tratamento, indicação para escleroterapia ou procedimento cirúrgico/endovascular.
- ✓ Realizar o procedimento (escleroterapia ou cirurgia) ou coordenar a equipe que o realize.
- ✓ Avaliar complicações, revisar o usuário no pós-tratamento, decidir sobre seguimento ou reintervenção.

Enfermeiro

- ✓ Acolhimento e triagem inicial do paciente com queixa de varizes, coleta de dados (histórico, fatores de risco, sintomas), verificação de uso adequado de meias de compressão.
- ✓ Orientação pré-procedimento e pós-procedimento: cuidados com curativo, movimento, meias, sinais de alarme.
- ✓ Auxílio no preenchimento de indicadores, controle de agenda, educação em saúde para o paciente e família.

Técnico em enfermagem / instrumentador

- ✓ Preparação da sala de procedimento, instrumentação, assistência no ato de escleroterapia ou cirurgia, cuidados de sala, monitoramento básico se necessário.

Fisioterapeuta

- ✓ Atuação especialmente em conduta conservadora ou pós-operatório: orientação de exercícios, ativação muscular, drenagem venosa, educação postural.

Diretor Técnico

- ✓ Implantação e monitoramento do protocolo, articulação entre atenção primária e especializada, garantia de insumos e materiais, análise dos indicadores de qualidade, reporte ao gestor municipal/regional.

Equipe de educação em saúde / nutrição / apoio psicossocial

- ✓ Levantamento de fatores de risco modificáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo), promoção de campanhas de educação para prevenção da DVC, apoio à mudança de estilo de vida.

6. Atividades:

6.1 Critérios de Inclusão

- ✓ Pacientes com varizes dos membros inferiores sintomáticas (dor, sensação de peso, edema, cansaço das pernas) ou assintomáticas, mas com risco de complicações (úlceras venosas, flebite, tromboflebite superficial) e evidência de refluxo ou veias dilatadas em ultrassom ou avaliação clínica
- ✓ Pacientes com insuficiência venosa crônica (CEAP C2 ou superior) conforme classificação clínica.
- ✓ Pacientes que consentem ao tratamento, com expectativas realistas, e que aderem à conduta conservadora ou procedimental, e aceitam usar meias de compressão e acompanhamento.
- ✓ Pacientes encaminhados de forma adequada pelo serviço de atenção primária ou especializado conforme fluxo local.

6.2 Critérios de Exclusão

- ✓ Pacientes com doenças que contraindicam o procedimento intervencionista (ex: trombose venosa profunda ativa, infecção ativa de membros inferiores, doenças graves descompensadas que contraindicam anestesia ou procedimento).
- ✓ Pacientes que não aderem ou recusam usar meias de compressão ou acompanhamento pós-tratamento, ou aqueles que não estão preparados para mudanças no estilo de vida ou acompanhamento.

- ✓ Pacientes com expectativa de vida muito curta ou com limitação clínica severa que inviabilize o acompanhamento ou o benefício do tratamento.
- ✓ Pacientes cuja patologia venosa seja predominantemente estética sem sintomas ou risco de complicações – nestes casos, o procedimento pode ser considerado fora do escopo do protocolo de atenção especializada, conforme regulação local.

6.3 Etapa 1 – Triagem e Encaminhamento

- ✓ **Identificação de usuários com queixas de dor nas pernas, sensação de peso, edema, veias dilatadas visíveis; registro dos fatores de risco (histórico familiar, postura prolongada, obesidade, gravidez, tabagismo).**
- ✓ **Consulta na atenção primária ou clínica geral; encaminhamento para angiologia/cirurgia vascular conforme critério local.**
- ✓ **Consulta com médico especializado: avaliação clínica, classificação CEAP, solicitação de exames de Doppler venoso de membros inferiores para confirmar refluxo ou obstrução.**
- ✓ **Educação do paciente sobre meias de compressão, mudanças de estilo de vida (atividade física, controle de peso) como primeira conduta.**

6.4 Etapa 2 – Indicação e Preparação

- ✓ **Com base no laudo clínico e ultrassom, definir tratamento conservador ou procedimental (escleroterapia ou cirurgia). As veias menores ou menos sintomáticas podem receber tratamento esclerosante; veias maiores, com complicações ou em estágios avançados (por exemplo úlcera venosa) podem requerer cirurgia ou endovascular.**
- ✓ **Preparação do paciente para o procedimento: esclarecer riscos, benefícios, assinar termo de consentimento informado, orientar jejum**

ou preparo conforme sala de cirurgia se necessário, orientar uso de meias de compressão pré e pós-procedimento, cuidados de higiene.

- ✓ **Agendamento do procedimento em ambiente ambulatorial ou hospitalar, conforme nível de complexidade.**

6.3 Etapa 3 – Procedimento

- ✓ **Realização de escleroterapia (agente esclerosante, com ou sem ultrassom guia) ou cirurgia/endovascular (laser, radiofrequência, safenectomia) conforme indicação clínica.**
- ✓ **Monitoramento do paciente no pós-procedimento imediato (recuperação breve) se necessário, verificação de sinais vitais, orientação para uso imediato de meias de compressão, restrição de atividades físicas intensas nos primeiros dias, mobilização precoce.**
- ✓ **Registro do procedimento, tipo de intervenção, complicações intra ou pós-operatórias, agente utilizado, duração.**

6.4 Etapa 4 – Pós-operatório / Seguimento

- ✓ **Orientações de rotina para paciente: uso contínuo de meias de compressão (durante o dia ou conforme prescrição), evitar ficar em pé ou sentado por longos períodos, promover caminhada, elevação de membros inferiores, hidratação, controle de peso.**
- ✓ **Avaliação ambulatorial em prazo pré-definido (ex: 1 mês, 3 meses, 6 meses) para verificar evolução, recorrência de sintomas (dor, edema, sensação de peso), verificação de recanalização ou aparecimento de novas veias varicosas.**

- ✓ **Reavaliação ultrassonográfica se necessário para verificar refluxo residual ou novo e definir reintervenção se indicada.**
- ✓ **Educação contínua do paciente para manutenção de estilo de vida saudável, além de apoio à adesão às meias de compressão.**
- ✓ **Registro no sistema de indicadores do serviço: volume de procedimentos, complicações, taxa de recidiva, satisfação do paciente.**

6.5 Etapa 5 – Encerramento ou Continuidade do Cuidado

- ✓ **Se o paciente atingir resultado satisfatório (alívio de sintomas, ausência de recidiva, melhora decorrente da intervenção ou conduta conservadora), o seguimento pode ser anual ou conforme necessidade.**
- ✓ **Caso haja recidiva ou sintomatologia persistente, considerar nova avaliação e intervenção, bem como integração com atenção primária para suporte contínuo.**
- ✓ **Relatório ao gestor local com dados de produção, indicadores, dificuldades e proposta de melhoria.**

7.Resultados esperados e indicadores

7.1 Resultados esperados

- ✓ **Redução dos sintomas relacionados às varizes (dor, sensação de peso, edema, cansaço das pernas).**
- ✓ **Melhora da qualidade de vida do paciente, incluindo mobilidade, capacidade de trabalho ou atividades diárias.**
- ✓ **Redução da progressão da doença venosa, prevenção de complicações como úlceras venosas, tromboflebite ou sangramentos associados às varizes.**
- ✓ **Alta adesão ao uso de meias de compressão e manutenção de estilo de vida adequado (atividade física regular, controle de peso, evitar ficar longos períodos em pé ou sentado).**
- ✓ **Baixa taxa de recidiva ou necessidade de nova intervenção num prazo definido (ex: 12-24 meses).**

- ✓ Melhoria dos indicadores de atendimento: tempo de triagem, tempo até intervenção, menores complicações pós-procedimentos, taxa de satisfação dos pacientes.

7.2 Indicadores

- ✓ Percentual de pacientes com varizes sintomáticas que iniciaram tratamento (conservador ou intervencionista) no prazo máximo definido (ex: até 90 dias da triagem).
- ✓ Percentual de procedimentos de escleroterapia ou cirurgia realizados conforme protocolo local, com registro completo de dados (tipo de procedimento, agente utilizado, tempo, complicações).
- ✓ Taxa de complicações pós-procedimento (infecção, hematoma, trombose venosa profunda, lesão de nervo) por 100 procedimentos.
- ✓ Percentual de pacientes com recidiva ou nova intervenção dentro de 12 meses.
- ✓ Percentual de usuários que aderiram ao uso de meias de compressão após tratamento $\geq$ 80% do tempo prescrito.
- ✓ Índice de satisfação do paciente (escala de satisfação) com o processo de cuidado (pré-, intra- e pós-procedimento).
- ✓ Tempo médio entre encaminhamento (triagem) e realização da intervenção.
- ✓ Cobertura do serviço: número de procedimentos de varizes (escleroterapia ou cirurgia) realizados por 10.000 habitantes da faixa etária elegível ou por unidade populacional da região.

8.Plano de implantação:

- ✓ Novembro: formação da equipe e capacitação.
- ✓ Dezembro: fase piloto e coleta de indicadores.
- ✓ Janeiro: consolidação e auditoria inicial do protocolo.

9.Notas importantes

- ✓ Importante esclarecer ao paciente que, embora muitos casos de varizes possam ser tratados com sucesso, a doença venosa crônica é progressiva e o tratamento nem sempre impede que novas veias apareçam ou que recidivas ocorram; o acompanhamento e mudanças de estilo de vida são essenciais.
- ✓ O tratamento deve sempre considerar a relação risco-benefício, bem como os recursos disponíveis no SUS local; tecnologias mais modernas (laser, radiofrequência) podem estar em fase de avaliação de incorporação.
- ✓ O uso de meias de compressão é pilar do tratamento conservador e pós-procedimento; a adesão do paciente é determinante para o sucesso.
- ✓ A regulamentação no SUS exige que os procedimentos estejam na Tabela de Procedimentos para financiamento; por exemplo, a Portaria 709/2017 incluiu a escleroterapia não estética.
- ✓ A articulação entre atenção primária (identificação precoce, mudança de estilo de vida, educação), especializada (angiologia/cirurgia vascular) e rede de serviços (exame ultrassom, cirurgia) é essencial para eficácia do protocolo.
- ✓ O protocolo deve ser revisado periodicamente (por exemplo anual ou bienal) conforme evolução das evidências, incorporação de tecnologias ou mudança de cenário epidemiológico/regulatório.
- ✓ A educação do paciente deve não somente focar no tratamento, mas também em prevenção (atividade física, controle peso, evitar tempo prolongado em pé ou sentado, meias de compressão profiláticas).
- ✓ A inclusão de indicadores de qualidade e monitoramento contínuo é essencial para melhoria contínua e eficiência do uso de recursos.

10.Referências

- ✓ Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. “Diretriz brasileira de doença venosa crônica - diagnóstico e tratamento”. SciELO.
- ✓ Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório sobre meias elásticas compressivas para insuficiência venosa crônica (CEAP 5). Abril/2019.
- ✓ Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-MS). “Varizes | Biblioteca Virtual em Saúde MS” (Portal MS).

- ✓ Portal Viva o SUS. “Tratamento de Varizes no SUS: Cirurgia, Espuma e Orientações.” Maio/2025.
- ✓ Portaria 709/2017 – elaboração e inclusão de tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores na tabela do SUS.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) NA UTI ADULTO

2.2.2.31. PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) NA UTI ADULTO

1.Introdução

A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento crítico que requer resposta imediata, sistematizada e multiprofissional.

A UTI Adulto Tipo II dispõe de suporte avançado para alto índice de reversão quando intervenções são iniciadas de forma precoce.

Este protocolo padroniza as condutas de RCP no ambiente da terapia intensiva, visando:

- redução de mortalidade,
- prevenção de dano neurológico,
- padronização de fluxos e responsabilidades,
- cumprimento das diretrizes de qualidade assistencial.

2.Revisão de literatura:

As diretrizes AHA 2024 e ILCOR demonstram:

- compressões torácicas eficazes (≥ 100 –120/min e profundidade de 5–6 cm): **Nível**
- desfibrilação precoce em ritmos chocáveis: **Nível A**
- uso de via aérea avançada quando equipe experiente disponível: **Nível B**

- monitorização da capnografia para avaliação de qualidade da RCP: **Nível A**
- checklist pós-PCR reduz mortalidade: **Nível B**

Segurança e mau uso potencial:

- Medicamentos vasoativos inadequados podem piorar prognóstico.
- Intubação precoce SEM habilidade competente reduz sobrevida.

Custo-efetividade:

- Treinamento periódico diminui paradas intra-hospitalares evitáveis.
- Capnografia reduz tempo de compressões fúteis.

3.Objetivo(s):

- Estabelecer fluxo assistencial padronizado de resposta à PCR em UTI Adulto.
- Garantir alta qualidade de compressões e intervenções avançadas.
- Reduzir tempo até desfibrilação em ritmos chocáveis.
- Melhorar prognóstico neurológico pós-PCR.

População-alvo: pacientes adultos internados em terapia intensiva.

Equipe executora: intensivista, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e plantonista.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Carrinho de emergência com checklist diário
- Monitor multiparamétrico com capnografia
- DEA/Desfibrilador manual bifásico
- Sistema de gases medicinais
- Ambu com filtro bacteriano
- Dispositivos de via aérea (cânula orofaríngea, tubo orotraqueal)
- Bombas de infusão

- Medicamentos essenciais (adrenalina, amiodarona, bicarbonato, vasopressores)

5. Atribuições de cada categoria profissional

Profissional	Atribuições
Médico Intensivista/Líder	Confirmar PCR, definir estratégia, comandar algoritmo, prescrever drogas, decidir sobre suspensão
Enfermeiro	Coordenar compressões, preparar medicamentos, tempo e registros
Técnico de Enfermagem	Realizar compressões, ventilação manual e checklist do carrinho
Fisioterapeuta	Manejo avançado de via aérea, ventilação adequada, capnografia
Farmacêutico Clínico (quando presente)	Auxiliar com interação medicamentosa
Assistente Social	Apoio à comunicação com familiares pós-evento
NQSP/NEP	Notificação de evento, auditoria e treinamento

6. Atividades:

(Fluxo)

1 Reconhecimento

- Avaliar responsividade, respiração e pulso ≤ 10 segundos.
- Chamar ajuda imediata.

2 Ativação do Protocolo de PCR

- Acionamento sonoro/rádio
- Solicitar carrinho de emergência

3 Compressões Torácicas

- 100–120/min

- Profundidade 5–6 cm
- Troca de compressor a cada 2 minutos
- Minimizar interrupções

4 Via Aérea e Ventilação

- Sem via aérea avançada: 30:2
- Com via aérea avançada: 10 ventilações/min associadas à compressão contínua

5 Ritmos Chocáveis

- **FV/TV sem pulso**
 - Desfibrilar com 200J bifásico
 - Adrenalina 1 mg a cada 3–5 min
 - Considerar amiodarona 300 mg

6 Ritmos Não Chocáveis

- **AESP/Assistolia**
 - Adrenalina 1 mg a cada 3–5 min
 - Corrigir causas (6Hs/5Ts)

7 Capnografia EtCO₂

- <10 sugere compressão ineficaz
- 20 associado a melhor prognóstico

8 Pós-Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Controle da pressão arterial
- Saturação alvo 92–96%
- Exames laboratoriais
- Tomografia (quando indicado)
- Avaliação neurológica (Glasgow)

9 Comunicação e Registro

- Tempo de início, desfibrilações, total de adrenalina, causa presumida

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Tempo até primeira desfibrilação	Registro min	≤ 2 min	Mensal
Capnografia utilizada	Eventos com capnografia ÷ total PCR	$\geq 90\%$	Mensal
Interrupção de compressões	% tempo compressões contínuas	$\geq 85\%$	Mensal
Sobrevida com RCE	RCE ÷ Total PCR	$\geq 40\%$	Trimestral
Lesão neurológica pós-PCR	Casos ÷ RCE	$\leq 15\%$	Trimestral

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Responsável	Resultado
Mês 1	Diagnóstico de práticas atuais	Direção Técnica/NQSP	Lacunas identificadas
Mês 2	Treinamento teórico e simulado	NEP	Equipe habilitada
Mês 3	Implantação piloto	UTI	Ajustes operacionais
Mês 4	Auditoria de tempos e drogas	NQSP/Farmácia	Dados compilados
Mês 5	Workshop de via aérea	NEP/Fisio	Redução de complicações
Mês 6	Consolidação	Direção Técnica	Protocolo institucionalizado

9. Notas importantes

- Nunca interromper compressões >10 segundos.
- Uso indiscriminado de bicarbonato é contraindicado.
- Via aérea avançada deve ser realizada por profissional experiente.
- Decisão de suspender RCP deve considerar protocolos éticos.

10. Referências

AHA. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**, 2024.

ILCOR. *Consensus Statements*, 2024.

ANVISA RDC 36/2013 – Segurança do Paciente.

AMIB. *Boas práticas em terapia intensiva*, 2024.

ILAS. *Protocolos Assistenciais*, 2025.

OMS. *Resuscitation Safety Standards*, 2023.

ONA. *Manual Brasileiro de Acreditação*, 2024.

2.2.2.32. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os **Protocolos Assistenciais** constituem instrumentos fundamentais para a padronização das práticas clínicas e a promoção da qualidade e segurança do cuidado em saúde. Elaborados com base em evidências científicas atualizadas, regulamentações vigentes e diretrizes de instituições reconhecidas, esses protocolos visam orientar as equipes multiprofissionais na tomada de decisão, garantindo uniformidade nos processos assistenciais, redução de variabilidade, prevenção de eventos adversos e melhoria contínua dos desfechos clínicos. Sua implementação favorece a gestão do risco, fortalece a cultura de segurança do paciente e assegura que o atendimento prestado esteja em conformidade com as políticas institucionais, as normas da ANVISA, as diretrizes da ONA e as exigências dos órgãos reguladores do Sistema Único de Saúde (SUS).



PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA

2.2.2.33. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA

1.Introdução

A administração de medicamentos por via endovenosa é uma das práticas mais utilizadas no ambiente hospitalar, especialmente em setores de urgência, emergência, unidades de internação e terapia intensiva. Trata-se de uma via de administração que permite rápida absorção, efeito imediato e maior controle da dose administrada, sendo essencial em situações críticas.

Entretanto, essa prática envolve riscos significativos, como reações adversas, flebites, extravasamentos e erros de medicação. Por isso, torna-se imprescindível a padronização de condutas por meio de protocolos assistenciais que garantam segurança, qualidade e humanização no cuidado prestado ao paciente.

2.Revisão de literatura:

A segurança na administração de medicamentos EV é um tema amplamente discutido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria nº 529/2013. Estudos apontam que erros de medicação estão entre as principais causas de eventos adversos hospitalares, muitos dos quais podem ser prevenidos com protocolos bem estruturados e treinamento adequado.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), práticas como a checagem dos “nove certos” (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, orientação certa, resposta certa e forma certa) reduzem significativamente a ocorrência de erros. Além disso, revisões sistemáticas demonstram que a adoção de protocolos institucionais e uso de tecnologias de apoio (como prescrição eletrônica e bombas de infusão) aumentam a segurança assistencial e a confiabilidade do processo de trabalho.

3.Objetivo(s):

Administrar medicamento ou droga quando se quer ação imediata ou para segmento da conduta terapêutica

Administrar nutrição parenteral, sangue ou derivados e infundir grandes quantidades de líquidos.

4.Recursos físicos e materiais

- Par de luvas de procedimento
- seringa 5 ml, 10 ml e 20 ml.
- agulha 40x12
- Algodão
- Álcool a 70%
- Scalp n°21, 23 ou jelco 18, 20,22 e 24
- Polifix e torneirinha
- Bandeja
- Medicação prescrita.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico

- Prescrever medicação com clareza, respeitando protocolos institucionais e diretrizes clínicas.
- Avaliar condições clínicas do paciente antes da administração.
- Estar disponível para condutas imediatas em caso de reações adversas.

Enfermeiro

- Conferir a prescrição médica, garantindo conformidade com protocolos de segurança.
- Planejar e supervisionar a administração da medicação por via EV.
- Avaliar condições do acesso venoso e integridade da rede venosa.

- Registrar no prontuário a administração do medicamento e possíveis intercorrências.
- Intervir prontamente em caso de reação adversa.
- Supervisionar e orientar a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Preparar e administrar medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro.
- Realizar higienização das mãos e uso adequado de EPIs.
- Garantir técnica asséptica durante o preparo e administração.
- Observar o paciente após a administração, reportando alterações à equipe de enfermagem.
- Descartar materiais conforme normas de biossegurança.

Farmacêutico

- Garantir armazenamento e conservação adequados dos medicamentos.
- Orientar a equipe multiprofissional quanto à diluição, compatibilidade e estabilidade de fármacos EV.
- Atuar na prevenção e identificação de interações medicamentosas.
- Participar da elaboração, atualização e treinamento do protocolo.

6. Atividades:

- Observar a prescrição médica: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação
- Preparar o material
- Separar a medicação prescrição.
- Preparar a etiqueta de identificação conforme prescrição (data, hora e o nome de quem preparou)
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.

- Higienizar as mãos
- Deixar o paciente em posição adequada para aplicação.
- Calçar as luvas
- Proceder a antisepsia da área escolhida.
- Retirar o ar da seringa e agulha antes da aplicação.
- Administrar medicação lentamente.
- Higienizar as mãos
- Checar a prescrição médica.

7.Resultados esperados e indicadores

Com relação aos resultados esperados, temos por:

- Redução de erros relacionados à administração de medicamentos por via endovenosa.
- Aumento da segurança e da satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido.
- Padronização de práticas assistenciais de acordo com protocolos institucionais e normativas nacionais.
- Fortalecimento do trabalho multiprofissional e da cultura de segurança do paciente.
- Melhoria na rastreabilidade das informações e registros clínicos.

Por sua vez, com os indicadores, temos para análise:

- Taxa de erros de medicação EV (número de erros identificados/número total de doses administradas).
- Taxa de eventos adversos relacionados à via endovenosa (flebite, infiltração, extravasamento).
- Percentual de adesão ao protocolo de medicação EV pela equipe de enfermagem.
- Número de notificações de farmacovigilância relacionadas a medicamentos EV.
- Índice de satisfação do paciente em relação à administração de medicamentos (pesquisa estruturada).

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar o protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: 2013.

SANTOS, L; TORRIANI, M. S; BARROS E. Erros na administração de medicamentos. In: TORRIANI, M. S; ECHER, I. C; BARROS E. Organizadores. Medicamentos de A a Z: enfermagem: 2011 – 2012. Porto Alegre, RS: ARTMED; 2011. p. 61-64.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: 2007.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA

2.2.2.34. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA

1.Introdução

A via intradérmica é uma técnica de administração de medicamentos utilizada principalmente para testes diagnósticos (como testes alérgicos e a prova tuberculínica) e para algumas vacinas específicas, a exemplo da vacina contra a raiva em determinadas situações. Sua principal característica é a deposição do medicamento na derme, camada superficial da pele, permitindo resposta localizada e observação imediata de reações.

Por exigir precisão e domínio técnico, trata-se de um procedimento que deve seguir rigorosamente protocolos assistenciais, visando reduzir riscos de complicações e garantir a confiabilidade dos resultados clínicos.

2.Revisão de literatura:

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a via intradérmica deve ser utilizada em situações específicas, devido à pequena capacidade de absorção do tecido dérmico e ao risco de reação local se realizada de forma inadequada.

Estudos clínicos apontam que a correta execução da técnica – ângulo adequado da agulha, volume reduzido (0,1 mL a 0,5 mL), localização anatômica apropriada (face anterior do antebraço) – está diretamente associada à fidedignidade dos testes e à prevenção de efeitos adversos, como abscessos e necrose tecidual.

A literatura nacional e internacional também destaca a importância da capacitação da equipe de enfermagem e do uso de protocolos institucionais para padronizar o procedimento, aumentar a segurança do paciente e garantir a validade diagnóstica dos testes.

3.Objetivo(s):

Implementar a prescrição médica, obtendo uma resposta farmacológica adequada, através de pequenos volumes nas camadas mais externas da pele;

Realização de teste de sensibilização (respostas para alergias) e/ou tuberculose (PPD) e, ainda como via de administração de vacinas (alergias e BCG)

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

Terapia medicamentosa prescrita;

Luvas de procedimento;

Seringa de 1ml;

Agulha de hipodérmica 10x5 ou 13x4,5;

Álcool a 70%;

Cuba rim ou bandeja pequena;

Algodão

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico

- Prescrever a medicação ou teste a ser realizado por via intradérmica.
- Interpretar os resultados clínicos obtidos.
- Realizar condutas imediatas em caso de reação adversa grave.

Enfermeiro

- Conferir a prescrição médica, avaliando indicação e contraindicações.
- Selecionar e supervisionar a execução da técnica.
- Orientar o paciente sobre o procedimento e os cuidados pós-aplicação.

- Registrar no prontuário a administração e possíveis intercorrências.
- Supervisionar a equipe técnica durante o preparo e administração da medicação.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Preparar o material e o medicamento conforme prescrição.
- Realizar higienização das mãos e utilizar EPIs.
- Executar a técnica intradérmica sob supervisão do enfermeiro, respeitando os parâmetros técnicos.
- Observar o paciente após a aplicação e comunicar alterações à equipe.
- Descartar adequadamente materiais perfurocortantes e resíduos biológicos.

Farmacêutico

- Garantir a conservação e a validade das soluções injetáveis utilizadas em testes ou imunizações.
- Orientar a equipe multiprofissional sobre diluição, estabilidade e compatibilidade dos produtos.
- Apoiar na análise de eventos adversos relacionados ao uso de substâncias administradas por via intradérmica.

6. Atividades:

Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário;

Higienizar as mãos;

Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;

Levar o medicamento já na seringa e protegido adequadamente, até o leito do paciente na cuba rim;

Verificar se o nome do paciente confere com a prescrição, esclarecendo-o ou à familiares acerca da medicação;

Calçar as luvas;

Escolher o local para aplicação do medicamento adequado (teste de sensibilidade, face interna do antebraço e região escapular) sempre observando as condições da pele do paciente;

Posicionar o paciente adequadamente conforme local escolhido para a administração;

Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, no caso de vacina proceder somente a higienização com água e sabão;

Esticar a pele com a mão não dominante, usando o indicador e o polegar;

Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima (com angulação de 15°) com a mão dominante;

Injetar o líquido, que não deve ultrapassar 0,5ml, empurrando lentamente o êmbolo verificando a formação de pápula (elevação na pele);

Retirar a agulha na mesma angulação de entrada na pele;

Segurar a pele com o algodão, ao terminar a aplicação sem massagear ao retirar a agulha;

Depositar a seringa já utilizada na bandeja ou cuba rim;

Reposicionar o paciente confortavelmente;

Descartar a agulha e a seringa em local próprio (caixa para perfurocortante);

Retirar luvas;

Lavar as mãos;

Proceder à anotação em prescrição médica, checando a medicação realizada

7.Resultados esperados e indicadores

- Garantir a correta administração de medicamentos pela via intradérmica, minimizando falhas técnicas.
- Assegurar que o procedimento seja realizado conforme protocolos de biossegurança e normas técnicas.
- Promover maior eficácia nos testes diagnósticos (ex.: tuberculínico, testes alérgicos) e terapêuticos que utilizam a via ID.
- Reduzir a ocorrência de complicações locais, como necrose, abscessos ou infecções.
- Elevar o nível de segurança do paciente, assegurando monitoramento e registro adequados.
- Padronizar a prática assistencial entre os profissionais da equipe de enfermagem.
- Contribuir para a adesão institucional a protocolos de qualidade e segurança no cuidado em saúde.

Indicadores de Avaliação

- Taxa de erros de administração por via ID (número de erros/número total de administrações).
- Percentual de adesão ao protocolo (checagem por auditoria ou observação direta).
- Número de intercorrências locais (infecção, necrose, reação inflamatória) após aplicações intradérmicas.
- Taxa de registros completos em prontuário sobre medicação/testes intradérmicos realizados.
- Número de capacitações/treinamentos realizados com a equipe sobre técnica intradérmica.
- Satisfação do paciente/usuário em relação ao procedimento (quando aplicável, por pesquisa de qualidade).

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês

Avaliação de eficácia do treinamento	de	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Realizar a aplicação longe de áreas hiperemiadas, com cicatrizes, inflamações, herniações, feridas operatórias ou escoriações;
- Usar sempre seringas e agulhas apropriadas e descartáveis;
- Nunca reencapar agulha;
- Realizar rodízio de locais.

10. Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH, R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NASAL

2.2.2.35. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NASAL

1.Introdução

A administração de medicamentos por via nasal é uma prática clínica utilizada em diferentes contextos assistenciais, caracterizando-se como uma alternativa eficaz à via oral e à via injetável. A mucosa nasal possui extensa vascularização e alta capacidade de absorção, permitindo ação rápida e evitando o metabolismo de primeira passagem hepática. Essa via é empregada tanto para terapias locais (como descongestionantes e corticosteroides nasais) quanto para terapias sistêmicas (analgésicos, hormônios, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, entre outros).

Apesar das vantagens, a administração nasal requer atenção às técnicas adequadas, ao preparo do paciente e à correta orientação, de modo a evitar perdas do fármaco, irritações da mucosa, absorção irregular e falhas terapêuticas. A padronização do procedimento é fundamental para a segurança do paciente e para garantir os resultados esperados.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que a via nasal apresenta eficácia significativa pela rápida absorção e biodisponibilidade, sendo especialmente indicada em situações de urgência, como crises convulsivas (ex.: uso de midazolam intranasal). Além disso, é amplamente utilizada em terapias crônicas, como no tratamento da rinite alérgica, sinusites e distúrbios hormonais.

Segundo diretrizes internacionais e nacionais, a escolha da via nasal deve considerar as condições clínicas do paciente, integridade da mucosa e técnica de administração. Pesquisas também destacam que erros relacionados à aplicação nasal geralmente envolvem dose

incorreta, má técnica ou falta de adesão ao tratamento, reforçando a necessidade de protocolos claros, capacitação da equipe e educação do paciente/familiar.

3.Objetivo(s):

Padronizar o processo de administração de medicamentos por via nasal;

Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos;

Aplicar medicações para tratamento de doenças na cavidade nasal.

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Medicação prescrita;
- Etiqueta de medicação ou fita crepe;
- Bandeja;
- Gases não estéreis;
- Papel toalha;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Conta gotas (se necessário);
- Cotonetes (se necessário).

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Prescrever medicamentos adequados para administração por via nasal, com dose, frequência e forma farmacêutica específicas.
- Definir critérios de uso em terapias agudas ou crônicas.
- Avaliar eficácia terapêutica e necessidade de ajustes.
- Notificar e registrar reações adversas relacionadas ao uso intranasal.

Enfermeiros

- Supervisionar o processo de administração da medicação intranasal.
- Realizar a checagem da prescrição e avaliar condições do paciente para uso da via nasal.
- Realizar orientações sobre higienização, posicionamento e correta utilização do dispositivo (spray, gotas, aplicador).
- Registrar o procedimento no prontuário e monitorar possíveis intercorrências.
- Capacitar técnicos de enfermagem para a execução correta do procedimento.

Técnicos de Enfermagem

- Executar a administração de medicamentos por via nasal conforme prescrição e protocolos institucionais, sob supervisão do enfermeiro.
- Realizar os 9 certos da administração segura: paciente, medicamento, dose, via, horário, diluição (quando aplicável), velocidade, forma de administração e registro.
- Monitorar reações imediatas e comunicar alterações ao enfermeiro.
- Garantir registros completos no prontuário.

Farmacêuticos

- Orientar equipe multiprofissional quanto à forma correta de armazenamento, validade e estabilidade de soluções ou sprays nasais.
- Esclarecer dúvidas sobre indicações, dosagens e efeitos colaterais.
- Contribuir com treinamentos periódicos.

6. Atividades:

Verificar com exatidão a prescrição médica e preparar o material;

Seguir os 9 certos da administração de medicação: paciente certo, medicação certa, a via certa, a dose certa, o horário certo, o registro certo, a orientação certa, a forma farmacêutica certa e a resposta certa;

Identificar um pedaço de fita crepe, contendo o nome do paciente, o nome da medicação, a via certa, a dose certa e o horário em que deve ser administrada;

Se possível providenciar a medicação via nasal para uso individual;

Higienizar as mãos;

Reunir o material;

Calçar as luvas de procedimento;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, sua finalidade, informar o nome do medicamento e esclarecer as dúvidas;

Oferecer lenços descartáveis ao paciente e solicitar que assoe o nariz, se possível limpe as narinas com gaze umedecidas com soro fisiológico, ou remover as secreções com cotonete;

Orientar ou auxilie o paciente a inclinar a cabeça para trás, com travesseiro ou elevando a cabeceira do leito;

Pingar as gotas nas narinas, sem tocá-las com o frasco do medicamento;

Orientar o paciente para permanecer na mesma posição por cinco minutos;

Observar as reações do paciente;

Deixar o paciente em posição confortável;

Organizar o local, desprezar os materiais no expurgo;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Checar a prescrição médica; 18º Realizar a anotação de enfermagem no prontuário.

7.Resultados esperados e indicadores

Garantir a correta administração de medicamentos por via nasal, promovendo segurança e eficácia terapêutica.

Aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos crônicos e agudos.

Reduzir falhas técnicas e complicações decorrentes da administração inadequada.

Padronizar práticas assistenciais no ambiente hospitalar e ambulatorial.

Elevar a qualidade do cuidado e a satisfação do paciente.

Indicadores de Avaliação

Taxa de adesão ao protocolo (número de administrações corretas/número total de administrações observadas).

Número de eventos adversos notificados após administração nasal.

Taxa de registros completos em prontuário sobre medicações administradas por via nasal.

Número de treinamentos realizados com a equipe sobre o uso correto da via nasal.

Satisfação do paciente/usuário quanto ao procedimento (pesquisa de qualidade).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

As medicações em frascos devem ser de uso individual.

Em caso de hipersensibilidade, suspender o uso e informar o médico.

Não encostar a abertura do frasco na pele do cliente para evitar contaminação do produto.

Ao administrar medicação via nasal, com spray nasal orientar o paciente a sentar-se e inclinar a cabeça levemente para frente.

10.Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019.

POTTER, P.A.; PERRY,A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR

2.2.2.36. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR

1.Introdução

A administração de medicamentos por via ocular é uma prática amplamente utilizada em serviços de saúde, especialmente em contextos ambulatoriais e hospitalares. Essa via permite tratamento direto de condições oftalmológicas, como infecções, inflamações, alergias e doenças crônicas (glaucoma, ceratites, uveítes), além de ser empregada em diagnósticos, como colírios anestésicos ou midríaticos.

Apesar de aparentemente simples, trata-se de um procedimento que requer técnica adequada para garantir a absorção correta do fármaco, minimizar desperdícios e reduzir riscos de contaminação cruzada e lesão ocular. A padronização do processo é essencial para assegurar a eficácia terapêutica, a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

2.Revisão de literatura:

A literatura científica destaca que a biodisponibilidade dos fármacos administrados por via ocular é relativamente baixa (geralmente inferior a 10%), devido à barreira fisiológica da córnea, drenagem lacrimal e piscamento. Por isso, a técnica de instilação correta é determinante para otimizar a absorção.

Estudos apontam que erros na administração ocular estão frequentemente relacionados ao número de gotas, à contaminação do frasco, ao intervalo inadequado entre diferentes colírios e à falta de orientação ao paciente.

Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde reforçam a necessidade de protocolos que assegurem higiene das mãos, não contato da ponta do frasco com o olho, posicionamento correto do paciente e registro em prontuário. Além disso, recomenda-se que a equipe multiprofissional esteja capacitada para orientar os pacientes sobre o uso domiciliar seguro de medicamentos oftálmicos.

3.Objetivo(s):

É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região ocular.

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

- Bandeja inox para apoiar o medicamento;
- Lenço de papel para limpar o excesso;
- Luva de procedimento (casos de conjuntivite);

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Prescrever medicamentos oftálmicos com dose, frequência, tempo de tratamento e instruções específicas.
- Avaliar eficácia terapêutica e possíveis efeitos adversos.
- Realizar ajustes de conduta terapêutica quando necessário.
- Notificar eventos adversos ou reações alérgicas relacionadas ao medicamento ocular.

Enfermeiros

- Supervisionar e avaliar a administração de medicação por via ocular.
- Conferir a prescrição médica e preparar o paciente para o procedimento.
- Garantir a correta técnica de instilação, especialmente em pacientes com dificuldade de autocuidado.
- Registrar a administração em prontuário e monitorar possíveis intercorrências.

- Capacitar técnicos de enfermagem e orientar pacientes e familiares quanto ao uso domiciliar seguro.

Técnicos de Enfermagem

- Executar a administração de colírios, pomadas e soluções oculares, conforme prescrição e protocolos institucionais, sob supervisão do enfermeiro.
- Realizar higiene das mãos antes e após o procedimento.
- Assegurar a correta posição do paciente, evitar contato da ponta do frasco com o olho e respeitar intervalos entre diferentes medicamentos.
- Comunicar intercorrências (vermelhidão, dor, secreção, reação adversa) ao enfermeiro.
- Garantir registro do procedimento em prontuário.

Farmacêuticos

- Orientar sobre a conservação correta dos medicamentos oftálmicos (ex.: refrigeração, prazo de validade após abertura).
- Apoiar a equipe multiprofissional na escolha de formulações e esclarecimento sobre estabilidade e incompatibilidades.
- Contribuir com treinamentos de equipe e educação em saúde.

6. Atividades:

Reunir a medicação seguindo a regra dos 5 Certos: medicamento certo, dose certa, paciente certo, via certa e hora certa;

Lavar as mãos;

Calçar luvas de procedimentos em caso de conjuntivite;

Orientar o paciente sobre a administração do medicamento;

Preparar o medicamento, se necessário, na frente do paciente ou de seu acompanhante;

Puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo utilizando o dedo indicador;

Pingar o colírio sem encostar o aplicador no olho;

Fechar o olho devagar;

Com o olho do paciente fechado, fazer ligeira pressão no canto do olho próximo ao nariz. Essa pressão evitará que o colírio escorra para os canais de comunicação do olho, como nariz e garganta, o que poderia aumentar o surgimento de efeitos colaterais;

Em casos de paciente com dificuldade de aplicação do colírio com o olho aberto, o fármaco pode ser aplicado com o olho fechado, no canto interno, abrindo-o em seguida para que a droga seja espalhada por toda a conjuntiva;

7. Resultados esperados e indicadores

- Correta administração de medicamentos oculares, garantindo absorção e efeito terapêutico esperado.
- Redução de falhas técnicas (excesso de gotas, contaminação, intervalos inadequados).
- Melhoria da adesão terapêutica em tratamentos domiciliares.
- Maior segurança do paciente e redução de complicações associadas à via ocular.
- Padronização do procedimento entre profissionais de saúde.

Indicadores de Avaliação:

- Taxa de adesão ao protocolo (checagem por observação/auditoria).
- Número de eventos adversos oculares notificados após administração de medicamentos.
- Percentual de registros completos em prontuário sobre a administração ocular.
- Número de falhas técnicas observadas (contaminação do frasco, instilação incorreta).
- Taxa de capacitações realizadas com a equipe de enfermagem sobre via ocular.
- Satisfação do paciente/usuário em relação ao procedimento (pesquisas de qualidade).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019;

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009;

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004;

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005;

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007;

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

2.2.2.37. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

1.Introdução

A administração de medicamentos por via retal é um recurso terapêutico importante utilizado em situações específicas, principalmente quando a via oral não é possível (vômitos, disfagia, alteração do nível de consciência) ou quando é necessário um efeito local, como em casos de constipação e inflamações retais.

Essa via permite absorção parcial sistêmica, já que a mucosa retal é vascularizada e possibilita absorção de fármacos, evitando em parte o metabolismo de primeira passagem hepática. No entanto, a absorção pode ser irregular e depende de fatores como volume fecal, irrigação sanguínea local e técnica de administração. Por isso, a padronização do procedimento e a capacitação da equipe são fundamentais para garantir segurança, eficácia terapêutica e conforto do paciente.

2.Revisão de literatura:

A literatura aponta que a via retal é uma alternativa valiosa em emergências, como na administração de anticonvulsivantes (diazepam retal em crises convulsivas), analgésicos, antipiréticos e antieméticos. Também é amplamente utilizada em preparos intestinais e no tratamento de constipação com laxativos e supositórios.

Estudos mostram que os principais erros relacionados ao uso da via retal estão ligados à técnica inadequada, falta de lubrificação, não observância do tempo de retenção do medicamento e ausência de registro adequado.

Diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos hospitalares recomendam cuidados relacionados à higiene, à privacidade do paciente, à posição adequada para inserção, ao uso de lubrificante hidrossolúvel e ao monitoramento após o procedimento.

3.Objetivo(s):

- Aliviar sintomas;
- auxiliar no diagnóstico,
- tratar e prevenir doenças e estimular a defecação.

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

- EPI: máscara cirúrgica, luvas de procedimento, óculos protetores e avental;
- Terapia medicamentosa prescrita;
- Cuba rim;
- Pacote de gaze;
- Gel lubrificante;
- Biombo;
- Impermeável recoberto com lençol ou fralda descartável, se necessário.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Prescrever medicamentos por via retal quando houver indicação clínica, especificando dose, forma farmacêutica e tempo de tratamento.
- Avaliar resposta terapêutica e ajustar condutas conforme necessidade.
- Notificar e registrar reações adversas ou falhas terapêuticas.

Enfermeiros

- Avaliar condições clínicas e contraindicações para uso da via retal.
- Supervisionar e orientar a administração de medicamentos por esta via.

- Garantir a privacidade e o conforto do paciente durante o procedimento.
- Registrar adequadamente o procedimento e monitorar possíveis intercorrências.
- Capacitar e supervisionar técnicos de enfermagem.

Técnicos de Enfermagem

- Realizar a administração de supositórios, soluções ou pomadas retais conforme prescrição e protocolos institucionais, sob supervisão do enfermeiro.
- Preparar o paciente adequadamente, assegurando privacidade e explicando o procedimento.
- Executar a técnica correta: uso de lubrificante hidrossolúvel, inserção suave, posição apropriada (decúbito lateral esquerdo, geralmente).
- Monitorar o paciente após o procedimento, comunicando intercorrências.
- Registrar fielmente a administração no prontuário.

Farmacêuticos

- Orientar sobre formas farmacêuticas, armazenamento e validade de medicamentos de uso retal.
- Apoiar a equipe multiprofissional em relação a indicações, interações medicamentosas e estabilidade dos fármacos.
- Participar de treinamentos da equipe e apoio à farmacovigilância.

6. Atividades:

Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar;

Higienizar as mãos;

Reunir os materiais, preparar a medicação e encaminhá-la a unidade do paciente e colocar na mesinha de cabeceira;

Colocar biombo ao redor do leito;

Paramentar-se com os EPIs;

Colocar o impermeável recoberto com o lençol sob a região das nádegas do cliente, se necessário;

Retirar a roupa íntima do cliente, se presente, e colocá-lo em decúbito lateral esquerdo em posição de Sims;

Abrir a embalagem do medicamento;

Expor a região glútea, mantendo o restante do corpo coberto com lençol;

Aplicar lubrificante, externamente, na extremidade distal da sonda, no dedo indicador da mão dominante do profissional ou no aplicador do medicamento;

Expor o orifício anal, levantando a região glútea superior com a mão não dominante;

Solicitar ao cliente que respire profundamente várias vezes pela boca, quando consciente e colaborativo;

Aplicar a medicação;

Supositório;

Introduzir o supositório no orifício anal do cliente com os dedos polegar e indicador da mão dominante e empurrá-lo com o indicador ao longo da parede retal, até passar pelo esfíncter interno do ânus;

Solução/ pomada com aplicador;

Introduzir a ponta do aplicador no orifício anal e avançá-lo em direção à cicatriz umbilical, até 4 cm;

Pressionar o aplicador com os dedos polegar e o indicador da mão dominante, injetando todo medicamento;

Retirar o dispositivo de aplicação;

Solicitar ao cliente para contrair o esfíncter anal para permanecer com o medicamento no local o maior tempo possível;

Colocar fralda descartável ou a roupa íntima;

Recolher os materiais;

Retirar os EPIs;

Recompor a unidade do cliente e colocá-lo numa posição confortável;

Dar destino adequado aos materiais;

Higienizar as mãos;

Checar a prescrição;

Proceder as anotações de enfermagem, constando identificação do medicamento, apresentação, dose, via e local de aplicação, presença de lesões, secreções, ocorrências adversas (locais ou sistêmicas) e as medidas tomadas;

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Correta administração de medicamentos por via retal, garantindo eficácia terapêutica e segurança do paciente.
- Redução de falhas técnicas relacionadas ao procedimento.
- Padronização das práticas assistenciais.
- Garantia de privacidade, dignidade e conforto do paciente.
- Redução de complicações associadas (trauma local, eliminação precoce do medicamento).

Indicadores de Avaliação

- Taxa de adesão ao protocolo (checagem por observação/auditoria).
- Número de eventos adversos ou intercorrências relacionados à via retal.
- Percentual de registros completos em prontuário sobre a administração por esta via.
- Número de falhas técnicas observadas (eliminação precoce, técnica inadequada).
- Capacitações realizadas com a equipe sobre a técnica retal.
- Grau de satisfação do paciente/usuário em relação ao procedimento (quando aplicável).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Essa via de medicação está contraindicada quando cliente estiver;

- Com diarreia;
- Lesões e perfurações no reto;
- Incapacidade de reter a medicação;
- Arritmias cardíacas e infartados (estimulação vagal);
- Caso haja resistência na introdução do supositório, não forçar a entrada. Interromper o procedimento e comunicar a equipe médica;

10. Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL

2.2.2.38. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL

1.Introdução

A via vaginal é utilizada tanto para fins terapêuticos locais (como em infecções ginecológicas, desequilíbrios da flora vaginal e reposição hormonal) quanto sistêmicos, aproveitando a rica vascularização da mucosa vaginal. Trata-se de uma alternativa segura e eficaz, especialmente em casos em que a via oral é inviável ou apresenta limitações.

No entanto, a administração vaginal requer técnica adequada, atenção à higiene, preservação da privacidade e respeito à dignidade da paciente. A padronização do procedimento é essencial para garantir segurança, eficácia terapêutica, adesão ao tratamento e qualidade no cuidado.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que a via vaginal proporciona vantagens, como absorção rápida, menor metabolismo de primeira passagem hepática e efeito prolongado em alguns casos. É utilizada em formulações de cremes, óvulos, comprimidos, géis e anéis vaginais.

As pesquisas destacam que a adesão ao tratamento pode ser comprometida por desconforto, tabus culturais ou orientação inadequada. Além disso, falhas técnicas e falta de preparo adequado do paciente podem comprometer a eficácia da terapêutica.

Diretrizes do Ministério da Saúde e recomendações internacionais reforçam a importância da capacitação profissional, da educação em saúde, da preservação da privacidade e do uso de técnicas assépticas para evitar contaminação.

3.Objetivo(s):

Padronizar o processo de administração de medicamento por via vaginal, melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos, tratar doenças ginecológicas, e o preparo para cirurgias dos órgãos reprodutivos e indução ao trabalho de parto.

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

EPIs (luvas de procedimento, óculos protetores, máscara);

Medicação prescrita;

Aplicador ginecológico com êmbolo descartável;

Etiqueta de medicação ou fita crepe;

Bandeja;

Biombo;

Compressas;

Gases não estéreis;

Bacia com água norma (se for realizar a higiene íntima da paciente);

Lençol sem elástico;

Impermeável ou saco plástico;

Sabonete;

Absorvente.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Prescrever medicamentos adequados para administração vaginal, especificando dose, duração do tratamento e forma farmacêutica.
- Avaliar eficácia terapêutica e eventuais reações adversas.
- Orientar pacientes sobre uso domiciliar, tempo de tratamento e medidas de autocuidado.

- Notificar eventos adversos relacionados ao uso da via vaginal.

Enfermeiros

- Supervisionar a administração de medicamentos por via vaginal.
- Avaliar condições clínicas da paciente antes do procedimento.
- Orientar paciente quanto ao preparo (higienização, posição adequada) e uso domiciliar seguro.
- Garantir a privacidade, acolhimento e humanização do cuidado.
- Registrar adequadamente no prontuário.
- Capacitar técnicos de enfermagem quanto à técnica correta.

Técnicos de Enfermagem

- Realizar a administração de medicamentos vaginais (cremes, óvulos, géis, comprimidos), conforme prescrição e protocolos institucionais, sob supervisão do enfermeiro.
- Assegurar a privacidade e a posição correta da paciente.
- Utilizar técnica asséptica e equipamentos adequados (aplicadores descartáveis, luvas de procedimento).
- Comunicar intercorrências ao enfermeiro e registrar o procedimento no prontuário.

Farmacêuticos

- Orientar quanto à conservação, prazo de validade e estabilidade de medicamentos vaginais.
- Apoiar equipe multiprofissional sobre indicações, formulações e possíveis interações medicamentosas.
- Participar de treinamentos e apoiar práticas de farmacovigilância.

6. Atividades:

Verificar com exatidão a prescrição médica e preparar o material;

Seguir os 9 certos da administração de medicação: paciente certo, medicação certa, a via certa, a dose certa, o horário certo, o registro certo, a orientação certa, a forma farmacêutica certa e a resposta certa;

Identificar um pedaço de fita crepe, contendo o nome do paciente, o nome da medicação, a via certa, a dose certa e o horário em que deve ser administrada;

Observar a possibilidade de administrar o medicamento por via vaginal, de preferência no horário que a paciente for dormir;

Higienizar as mãos (PRT nº 01 da CCIRAS);

Reunir o material;

Preparar a medicação no aplicador ginecológico com êmbolo;

Paramentar-se com todos os EPIs;

Explicar o procedimento a paciente e/ou acompanhante, sua finalidade, informar o nome do medicamento e esclarecer as dúvidas;

Solicitar que a paciente esvazie a bexiga e faça a higiene da região genital;

Colocar biombo ao lado da cama se necessário, fechar a porta do quarto e garantir privacidade;

Se possível, a paciente deverá fazer a auto-aplicação com orientação e supervisão da enfermagem;

Caso a paciente não consiga sozinha, solicitar que permaneça na posição ginecológica;

Colocar o impermeável ou saco plástico com lençol sob a paciente;

Colocar um lençol sem elástico sobre a paciente, expondo somente a genitália;

Realizar a higiene íntima se necessário;

Abrir os grandes lábios com a mão não dominante, utilizando o dedo indicador e polegar para visualizar o orifício vaginal;

Introduzir o aplicador ginecológico na vagina da paciente de forma delicada, aproximadamente 5 centímetros, empurrar o êmbolo (em cliente com hímen íntegro, não utilizar o aplicador);

Retirar o aplicador ginecológico ao término da medicação e colocar um absorvente higiênico sob a roupa da paciente se necessário;

Orientar a paciente que permaneça em decúbito dorsal por 30 minutos, para melhor absorção do medicamento;

Observar as reações da paciente;

Organizar o local, desprezar os materiais no expurgo;

Retirar as luvas e higienizar as mãos;

Checar a prescrição médica conforme normativa;

Realizar a anotação de enfermagem no prontuário.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Administração correta e segura de medicamentos por via vaginal.
- Redução de falhas técnicas e complicações associadas ao procedimento.
- Garantia de privacidade, acolhimento e humanização do cuidado à paciente.
- Padronização da prática assistencial na instituição.
- Maior adesão das pacientes ao tratamento.

Indicadores de Avaliação

- Taxa de adesão ao protocolo (checagem por auditoria ou observação direta).
- Número de intercorrências e eventos adversos relacionados ao uso da via vaginal.
- Percentual de registros completos em prontuário após administração.
- Número de falhas técnicas observadas (higienização inadequada, posicionamento incorreto, contaminação de aplicadores).
- Capacitações realizadas com a equipe de enfermagem.
- Grau de satisfação da paciente em relação ao procedimento (quando aplicável, por pesquisa de qualidade).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Se a medicação prescrita for em comprimido ou em cápsulas, deve-se calçar as luvas de procedimento e introduzir as medicações o mais profundo que conseguir.
- Se houver resistência na introdução do aplicador ginecológico ou a paciente relatar sentir dor local, interromper o procedimento e comunicar o médico.
- Para administração de medicação por esta via em menores de idade é obrigatório a presença de um responsável.
- Caso a técnica seja realizada por um profissional do sexo masculino é necessário a presença de uma testemunha do sexo feminino.

10. Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA DE VENTURI

2.2.2.39. PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA DE VENTURI

1.Introdução

A administração de oxigênio suplementar é uma prática fundamental em diferentes contextos assistenciais, principalmente em unidades de pronto atendimento, emergência, enfermarias e terapia intensiva. A máscara de Venturi é um dispositivo de alto fluxo que garante a oferta de concentrações fixas e previsíveis de oxigênio, variando geralmente entre 24% e 60%, de acordo com o adaptador utilizado.

Esse recurso é indicado para pacientes que necessitam de controle rigoroso da fração inspirada de oxigênio (FiO_2), como em casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência respiratória aguda ou crônica descompensada, e em situações que demandam titulação cuidadosa da oxigenoterapia.

A padronização do procedimento de administração de oxigênio por máscara de Venturi é essencial para evitar tanto a hipóxia quanto a hiperóxia, prevenindo complicações e promovendo segurança ao paciente.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que a máscara de Venturi é um dos métodos mais seguros de fornecimento de oxigênio suplementar quando é necessário controle preciso da FiO_2 . Ela utiliza o princípio de Bernoulli para misturar oxigênio com ar ambiente em proporções determinadas pelos adaptadores coloridos, garantindo concentração estável independentemente do padrão respiratório do paciente.

Diretrizes internacionais, como as da American Thoracic Society (ATS) e da British Thoracic Society (BTS), recomendam o uso da máscara de Venturi especialmente em pacientes com risco de retenção de CO₂, como na DPOC. No Brasil, protocolos do Ministério da Saúde e da ANVISA reforçam a importância do monitoramento contínuo da saturação de oxigênio, da manutenção do dispositivo limpo e da verificação da resposta clínica.

A literatura também destaca que erros frequentes estão relacionados à escolha incorreta do adaptador, à ausência de monitoramento da oximetria e ao ajuste inadequado do fluxo de oxigênio.

3.Objetivo(s):

Fornecer aporte de oxigênio para melhorar o padrão respiratório do paciente;

Manter a saturação de O₂ acima de 90%.

4.Recursos físicos e materiais

01 Fonte de O₂

01 Adaptadores de venturi com diferentes porcentagens de oxigênio

01 Máscara de venturi

01 Fluxômetro O₂

01 Umidificador 250ml Água destilada

01 par Luvas de procedimentos

01 Extensão de latex

01pacote de Gaze

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Prescrever oxigenoterapia com especificação da concentração de O₂ (FiO₂) e duração prevista.
- Indicar critérios de uso da máscara de Venturi conforme diagnóstico e condições clínicas.
- Avaliar resposta terapêutica e ajustar condutas.

- Registrar intercorrências ou necessidade de mudança de dispositivo.

Enfermeiros

- Avaliar condições clínicas e indicação de oxigenoterapia conforme prescrição.
- Garantir a instalação correta do dispositivo e a escolha adequada do adaptador.
- Supervisionar a equipe de enfermagem durante a administração.
- Monitorar continuamente sinais vitais, saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e nível de consciência do paciente.
- Assegurar registros em prontuário.
- Capacitar técnicos de enfermagem sobre a utilização do dispositivo.

Técnicos de Enfermagem

- Preparar e instalar a máscara de Venturi conforme prescrição e protocolo.
- Realizar checagem do fluxo adequado para cada adaptador (ex.: azul 24% – 4 L/min; amarelo 28% – 6 L/min).
- Assegurar posicionamento correto da máscara no paciente, mantendo conforto e vedação adequada.
- Monitorar a oxigenação (SpO₂) e relatar alterações ao enfermeiro.
- Realizar higienização e manutenção do dispositivo conforme orientações institucionais.
- Registrar o procedimento no prontuário.

Fisioterapeutas Respiratórios (quando disponíveis)

- Apoiar no ajuste de fluxos, escolha do dispositivo e monitoramento da mecânica respiratória.
- Auxiliar na avaliação da resposta clínica à oxigenoterapia.
- Orientar a equipe sobre boas práticas em oxigenoterapia.

Farmacêuticos

- Apoiar a equipe em relação a gases medicinais e protocolos de segurança.
- Participar de treinamentos multiprofissionais sobre uso seguro do oxigênio.

6. Atividades:

Higienizar as mãos

Reunir o material em mesa auxiliar e levar próximo ao leito do paciente.

Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação

Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante.

Testar a fonte de oxigênio.

Montar o umidificador, colocando água destilada no umidificador observando o nível entre o mínimo e o máximo e conectar o cateter ao extensor de PVC com umidificador.

Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro.

Conectar a extensão do umidificador à máscara de venturi.

Calçar luvas de procedimento

Regular a quantidade de oxigênio em litros por minuto (L/min), de acordo com a indicação do conector da máscara de venturi, conforme prescrição médica.

Posicione delicadamente a máscara na face do paciente e ajuste o caderço para fixá-la.

Proteger a região auricular com gazes na região lateral da face.

Permanecer junto ao paciente, enquanto se adapta ao tratamento, observando suas reações.

Retirar luvas de procedimento

Deixar paciente confortável no leito.

Desprezar o material utilizado em local próprio e manter o ambiente em ordem.

Higienizar as mãos -

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

A concentração de oxigênio é determinada pelos adaptadores da venturi, sendo: Azul 24% - 4 L/min; Amarelo 28% - 4 L/min; Branco 31% - 4 L/min; Verde 35% - 6 L/min; Vermelho 40% - 8 L/min; Laranja 50% - 12 L/min

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantir administração segura e eficaz de oxigênio suplementar por máscara de Venturi.

- Manutenção da saturação periférica de oxigênio dentro da faixa prescrita (geralmente entre 88–92% em pacientes com DPOC, ou conforme prescrição médica).
- Redução de complicações relacionadas ao uso inadequado de oxigenoterapia, como hipoxemia ou retenção de CO₂.
- Padronização das práticas de cuidado em oxigenoterapia.
- Melhoria clínica e conforto respiratório do paciente.

Indicadores de Avaliação

- Percentual de adesão ao protocolo (checagem por auditoria/observação direta).
- Taxa de eventos adversos relacionados à oxigenoterapia (hipóxia, hiperóxia, lesões de pele por má adaptação da máscara).
- Conformidade dos registros em prontuário sobre administração e monitoramento da oxigenoterapia.
- Número de falhas técnicas observadas (uso incorreto do adaptador, fluxo inadequado).
- Taxa de treinamentos realizados com equipe de enfermagem e fisioterapia.
- Percentual de pacientes com saturação dentro da meta prescrita durante uso da máscara de Venturi.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês

		Cronograma de Treinamento		
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem medicocirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007



PROTOCOLO DE ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS E BOCA

2.2.2.40. PROTOCOLO DE ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS E BOCA

1.Introdução

A aspiração de vias aéreas e boca é um procedimento fundamental na assistência ao paciente com acúmulo de secreções que comprometem a ventilação, oxigenação ou proteção das vias respiratórias. Esse procedimento é frequentemente necessário em pacientes críticos, entubados, traqueostomizados, em ventilação mecânica ou em situações de rebaixamento do nível de consciência.

Apesar de ser uma técnica rotineira, envolve riscos potenciais como hipóxia, bradicardia, lesão de mucosa e infecção, devendo ser realizada de forma criteriosa, padronizada e por profissionais capacitados. A execução adequada assegura a permeabilidade das vias aéreas, melhora a ventilação alveolar e contribui para a segurança e o conforto do paciente.

2.Revisão de literatura:

A literatura aponta que a aspiração de vias aéreas é um procedimento essencial em pacientes com secreções abundantes ou ineficácia do reflexo de tosse. Protocolos internacionais, como da American Association for Respiratory Care (AARC) e diretrizes do Ministério da Saúde, reforçam que a aspiração deve ser realizada apenas quando indicada clinicamente, minimizando complicações associadas.

Estudos indicam que a monitorização pré e pós-procedimento é essencial, devendo-se sempre avaliar a saturação periférica de oxigênio (SpO_2), sinais vitais e aspecto das secreções. Além disso, recomenda-se técnica asséptica rigorosa para reduzir risco de infecções, especialmente em pacientes sob ventilação mecânica.

Entre os principais erros relatados estão: tempo prolongado de aspiração, pressões negativas excessivas, ausência de pré-oxigenação, falhas de registro e falta de observação dos parâmetros vitais.

3.Objetivo(s):

Retirar fluidos das vias aéreas, evitando a broncoaspiração e proporcionando uma ventilação eficaz.

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

01 Par de luvas de procedimento;

01 Sonda de aspiração;

01 Aspirador;

01 Frasco coletor descartável;

02 Ampolas de água destiladas;

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Indicar a necessidade de aspiração conforme avaliação clínica.
- Estabelecer parâmetros de monitorização em pacientes críticos.
- Avaliar complicações decorrentes do procedimento e instituir condutas.
- Registrar indicações, intercorrências e evolução do paciente.

Enfermeiros

- Avaliar condições clínicas do paciente antes e após a aspiração.
- Definir e supervisionar a execução do procedimento pela equipe de enfermagem.
- Assegurar o cumprimento de normas de biossegurança e uso de técnica asséptica.
- Orientar e capacitar a equipe multiprofissional quanto à prática segura da aspiração.
- Registrar em prontuário dados relevantes: frequência, aspecto das secreções e resposta clínica.

Técnicos de Enfermagem

- Executar a aspiração orofaríngea e de vias aéreas conforme prescrição e protocolos institucionais, sob supervisão do enfermeiro.
- Realizar higienização das mãos, uso de EPI e técnica asséptica.
- Pré-oxigenar o paciente quando indicado e monitorar sinais vitais durante o procedimento.
- Utilizar pressão negativa adequada e respeitar o tempo de aspiração recomendado (10–15 segundos).
- Comunicar intercorrências imediatamente e registrar o procedimento em prontuário.

Fisioterapeutas Respiratórios (quando disponíveis)

- Avaliar e indicar técnica de aspiração em pacientes em ventilação mecânica.
- Ajustar parâmetros ventilatórios e auxiliar na pré-oxigenação.
- Contribuir para protocolos de desobstrução brônquica e higiene brônquica.
- Orientar equipe sobre boas práticas em manejo de vias aéreas.

6. Atividades:

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;

Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Deixar o paciente em decúbito elevado;

Abrir o material utilizado;

Conectar a sonda de aspiração a extensão do frasco;

Ligar o aspirador;

Com a mão dominante, segurar a face do cliente;

Pinçar o intermediário de silicone (borracha) de aspiração;

Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzido;

Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;

Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada) e retirar lentamente com movimentos circulares. Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando a condição respiratória do paciente;

Higienizar as mãos;

Realizar as anotações necessárias;

Checar a prescrição de enfermagem;

A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantir a permeabilidade das vias aéreas, prevenindo obstruções e hipóxia.
- Reduzir risco de complicações associadas à retenção de secreções (atelectasias, infecções respiratórias).
- Melhorar oxigenação, ventilação e conforto respiratório do paciente.
- Padronizar a prática assistencial, minimizando variações técnicas e riscos.
- Reduzir taxas de infecção associada à ventilação mecânica (quando aplicável).

Indicadores de Avaliação

- Taxa de adesão ao protocolo (checagem por auditoria/observação direta).
- Número de eventos adversos durante ou após aspiração (hipóxia, bradicardia, sangramento).
- Percentual de registros completos em prontuário sobre aspiração de vias aéreas.
- Taxa de infecção respiratória associada à ventilação mecânica (IRAVM) em pacientes entubados/traqueostomizados.
- Número de falhas técnicas observadas (tempo excessivo, pressão inadequada, ausência de pré-oxigenação).
- Capacitações realizadas com equipe de enfermagem/fisioterapia sobre aspiração segura.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Modalidade de Cuidados Respiratórios. In: Bruner & Sudarth: Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. Fundamentos de Enfermagem. 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura, 200

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE NEBULIZAÇÃO

2.2.2.41. PROTOCOLO DE NEBULIZAÇÃO

1.Introdução

A nebulização é um recurso terapêutico amplamente utilizado na prática clínica, que consiste na administração de medicamentos em forma de aerossol diretamente nas vias respiratórias. É indicada para tratamento de doenças respiratórias agudas e crônicas, como asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquiolite e em situações de desconforto respiratório.

O procedimento permite deposição local do fármaco em mucosas e alvéolos, proporcionando efeito rápido, menor dose sistêmica e consequente redução de efeitos colaterais. No entanto, sua eficácia depende da técnica correta, da escolha adequada do dispositivo, do tipo de nebulizador (jet, ultrassônico, mesh) e da adesão do paciente.

Padronizar a nebulização garante maior segurança, eficácia terapêutica, redução de complicações e uniformidade na assistência.

2.Revisão de literatura:

A literatura aponta que a nebulização é eficaz no alívio de broncoespasmos, fluidificação de secreções e melhora da função respiratória. Diretrizes da Global Initiative for Asthma (GINA) e da American Thoracic Society (ATS) recomendam o uso racional da nebulização, preferindo dispositivos inalatórios (como inaladores dosimetrados) em situações eletivas, mas mantendo a nebulização como estratégia importante em crises respiratórias e populações específicas (crianças pequenas, idosos, pacientes críticos).

Estudos destacam que falhas comuns estão relacionadas à montagem inadequada do equipamento, tempo insuficiente de inalação, uso incorreto de diluentes e falta de higienização do dispositivo, o que pode aumentar risco de infecções respiratórias.

No Brasil, o Ministério da Saúde orienta a utilização da nebulização em unidades básicas de saúde, pronto atendimento e hospitais, enfatizando capacitação profissional, biossegurança e registro adequado.

3.Objetivo(s):

Fluidificar secreções de via aérea, melhorando assim as trocas gasosas e padrão respiratório

Promover conforto e relaxamento

4.Recursos físicos e materiais

Materiais necessários:

Fonte de O₂;

01 Kit nebulização;

10ml Soro fisiológico;

01 Fluxômetro O₂;

01 par Luvas de procedimentos;

Prescrição médica;

01 Fluxômetro de ar comprimido;

01 Fonte de ar comprimido;

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Prescrever medicamentos para nebulização, especificando dose, frequência, diluente e tempo de tratamento.
- Avaliar resposta clínica ao procedimento e realizar ajustes conforme necessidade.
- Indicar nebulização em situações emergenciais, como crises asmáticas e desconforto respiratório agudo.

- Notificar eventos adversos relacionados ao uso da nebulização.

Enfermeiros

- Avaliar indicação clínica e condições do paciente para realização do procedimento.
- Supervisionar a execução da nebulização pela equipe de enfermagem.
- Orientar paciente/famíliares sobre o procedimento, cuidados e possíveis efeitos.
- Garantir o uso correto de equipamentos e normas de biossegurança.
- Registrar a realização da nebulização e possíveis intercorrências.
- Capacitar técnicos de enfermagem quanto à técnica correta.

Técnicos de Enfermagem

- Preparar o material e realizar a nebulização conforme prescrição médica e protocolos institucionais, sob supervisão do enfermeiro.
- Montar o equipamento adequadamente, utilizando o diluente correto e dose prescrita.
- Garantir a posição confortável do paciente e incentivar respiração lenta e profunda.
- Monitorar sinais vitais e resposta clínica durante e após o procedimento.
- Registrar o procedimento em prontuário e comunicar intercorrências ao enfermeiro.

Fisioterapeutas Respiratórios (quando disponíveis)

- Apoiar na escolha do dispositivo e ajuste do fluxo de oxigênio.
- Avaliar resposta ventilatória do paciente e propor estratégias de higiene brônquica associadas.
- Contribuir em treinamentos e protocolos institucionais.

Farmacêuticos

- Orientar sobre armazenamento, validade e estabilidade de soluções utilizadas em nebulização.
- Apoiar a equipe multiprofissional em dúvidas sobre diluição e compatibilidade de medicamentos.
- Participar em programas de farmacovigilância e capacitação da equipe.

6. Atividades:

Higienizar as mãos;

Reunir o material;

Fazer etiqueta para identificação da inalação que será preparada/administrada com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, hora de administração e nome do profissional;

Conferir a solução a ser preparada com a prescrição médica;

Reunir o material em mesa auxiliar e levar próximo ao leito do paciente;

Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;

Colocar o paciente sentado ou em posição de Fowler no leito;

Conectar o inalador a fonte de O₂ ou ao ar comprimido;

Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 l/min;

Calçar luvas de procedimento;

Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;

Adaptar a máscara do inalador ao paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;

Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;

Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente;

Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair e Desconectar a extensão do inalador;

Desprezar o material utilizado em local próprio e manter o ambiente em ordem;

Higienizar as mãos;

Checar o horário da medicação, com sua rubrica, na prescrição médica;

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Administração correta e segura de medicamentos por nebulização.
- Redução de sintomas respiratórios, como broncoespasmo, dispneia e secreção retida.
- Melhoria da função respiratória e da oxigenação do paciente.
- Padronização do procedimento e redução de falhas técnicas.
- Aumento da adesão do paciente ao tratamento em ambiente hospitalar e domiciliar.
- Redução de complicações associadas ao uso inadequado do procedimento.

Indicadores de Avaliação

- Taxa de adesão ao protocolo (auditorias/checagem de conformidade).
- Número de intercorrências/adversidades durante ou após nebulização (hipoxemia, broncoespasmo paradoxal, infecção associada).
- Percentual de registros completos em prontuário sobre a nebulização.
- Número de falhas técnicas observadas (erro na montagem do dispositivo, diluente incorreto, tempo insuficiente).
- Capacitações realizadas com a equipe sobre técnica de nebulização.
- Percentual de pacientes com melhora clínica dos sintomas após nebulização.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês

Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

**PROTOCOLO DE COLETA DE SWAB RETAL****2.2.2.42. PROTOCOLO DE COLETA DE SWAB RETAL****1.Introdução**

A coleta de swab retal é um procedimento utilizado em serviços de saúde com a finalidade de diagnóstico laboratorial e vigilância epidemiológica. Essa técnica permite a detecção de microrganismos presentes na mucosa intestinal, sendo amplamente empregada em investigações de enteropatógenos, pesquisa de resistência bacteriana (ex.: Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos – ERC), monitoramento de surtos hospitalares e rastreio de portadores assintomáticos.

Trata-se de um procedimento minimamente invasivo, de rápida execução, mas que exige padronização técnica, biossegurança e privacidade, para assegurar qualidade da amostra e conforto ao paciente.

2.Revisão de literatura:

A literatura científica demonstra que a coleta de swab retal é método sensível e eficaz para vigilância de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), especialmente na detecção de microrganismos multirresistentes. Estudos internacionais e nacionais destacam sua aplicabilidade em protocolos de controle de infecção hospitalar, com a vantagem de ser de fácil execução e baixo custo.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e recomendações de sociedades de infectologia, a coleta deve ser realizada por profissionais capacitados, utilizando técnica asséptica, equipamento estéril e garantindo adequado transporte da amostra ao laboratório.

Falhas na técnica de coleta, transporte inadequado ou registros incompletos podem comprometer o diagnóstico e a rastreabilidade epidemiológica.

3.Objetivo(s):

Consiste na realização de coleta de amostra de swab retal para vigilância bacteriológica ou investigação diagnóstica.

4.Recursos físicos e materiais

EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)

Swab com meio de cultura para transporte

Biombo se necessário

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Solicitar coleta de swab retal conforme indicação clínica, epidemiológica ou protocolo institucional.
- Definir critérios de rastreamento e periodicidade das coletas.
- Avaliar resultados laboratoriais e instituir condutas terapêuticas ou de isolamento quando necessário.
- Registrar a solicitação e resultados no prontuário.

Enfermeiros

- Supervisionar a coleta do swab retal realizada pela equipe.
- Garantir o cumprimento das normas de biossegurança e assépsia.
- Orientar o paciente quanto ao procedimento, preservando a privacidade e o acolhimento.
- Registrar a coleta no prontuário e monitorar possíveis intercorrências.
- Capacitar a equipe técnica sobre a padronização do procedimento.

Técnicos de Enfermagem

- Preparar o material estéril e realizar a coleta conforme protocolo institucional, sob supervisão do enfermeiro.
- Garantir higiene das mãos, uso de EPI e preservação da privacidade do paciente.

- Introduzir o swab estéril delicadamente no reto (2–3 cm em adultos), realizando movimentos suaves de rotação.
- Acondicionar o material em meio de transporte adequado e encaminhar ao laboratório.
- Registrar a coleta e comunicar intercorrências ao enfermeiro.

Profissionais do Laboratório

- Receber, conferir e processar adequadamente as amostras.
- Garantir rastreabilidade, controle de qualidade e emissão de resultados em tempo oportuno.
- Notificar achados de microrganismos multirresistentes ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

6. Atividades:

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Paramentar-se com os EPIs;

Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;

Introduzir o swab no ânus, aproximadamente 1 cm e fazer movimentos rotatórios suaves por alguns segundos.

Retirar o swab, certificar que existe coloração fecal no algodão e introduzir o swab no meio de Cary-Blair e fechá-lo.

Identificar para enviar ao Laboratório.

Para facilitar a coleta, o swab pode ser umedecido em salina ou água destilada estéril

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Coleta correta e padronizada de swab retal, assegurando qualidade da amostra.
- Diagnóstico rápido e confiável de microrganismos enteropatogênicos e/ou multirresistentes.
- Contribuição efetiva para estratégias de prevenção e controle de infecção hospitalar.
- Redução de falhas técnicas e retrabalho laboratorial.
- Garantia de privacidade, segurança e acolhimento ao paciente.

Indicadores de Avaliação

- Percentual de coletas realizadas conforme protocolo (auditorias/observação direta).
- Taxa de rejeição de amostras pelo laboratório devido a coleta ou transporte inadequado.
- Tempo médio entre coleta e envio ao laboratório (tempo de transporte).
- Número de notificações de microrganismos multirresistentes detectados em swab retal.
- Taxa de registros completos em prontuário sobre coleta e envio da amostra.
- Capacitações realizadas com a equipe de enfermagem sobre técnica de coleta de swab retal.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês

Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE DRENAGEM TORÁCICA BEIRA LEITO

2.2.2.43. *PROTOCOLO DE DRENAGEM TORÁCICA BEIRA LEITO*

1.Introdução

A drenagem torácica à beira leito é um procedimento de emergência ou de urgência utilizado para remover ar, sangue ou líquido do espaço pleural, restabelecendo a pressão negativa intratorácica e permitindo a expansão pulmonar adequada.

É indicada em casos de pneumotórax, hemotórax, derrames pleurais volumosos, quilotórax e em situações traumáticas ou pós-operatórias. Trata-se de um procedimento invasivo, que exige técnica padronizada, monitorização contínua e atuação multiprofissional, pois envolve riscos como infecção, lesão pulmonar, sangramento e complicações hemodinâmicas.

2.Revisão de literatura:

A literatura médica reforça que a drenagem torácica é uma das intervenções mais realizadas em pronto-socorro e unidades de terapia intensiva. Diretrizes da British Thoracic Society (BTS) e do American College of Chest Physicians (ACCP) apontam que sua realização deve seguir critérios rígidos de indicação, assepsia e monitorização, sempre com registro detalhado em prontuário.

Estudos mostram que complicações decorrem, na maioria dos casos, de técnica inadequada, falta de monitoramento ou ausência de protocolos padronizados. O uso de sistemas de drenagem fechados com selo d'água e, em alguns casos, aspiração contínua, garante maior segurança e eficácia do procedimento.

No Brasil, o Ministério da Saúde e protocolos hospitalares reforçam a necessidade de treinamento multiprofissional, manutenção de kits de drenagem disponíveis em áreas críticas e capacitação contínua das equipes.

3.Objetivo(s):

Dar saída às coleções líquidas ou gasosas do espaço pleural, mediastino ou cavidade torácica, restaurando a pressão no espaço pleural ou reexpandindo o pulmão colapsado, restaurando a função cardiorrespiratória normal, após cirurgia, traumatismo ou afecções clínicas.

4.Recursos físicos e materiais

Foco auxiliar.

Caixa de pequena cirurgia ou caixa de drenagem de tórax, campos e aventais.

Campo fenestrado.

Drenos de tórax compatíveis com a finalidade e solicitação médica.

Frascos de drenagem, conforme a solicitação médica.

Óculos de proteção, gorros e máscaras cirúrgicas.

Antissépticos: Clorexidina alcoólica a 0,5%.

Luvas cirúrgicas estéreis.

Gazes estéreis.

Solução salina fisiológica ou água estéril para preenchimento do frasco de drenagem (+500ml).

Xylocaína 2% sem vasoconstritor.

Fio de sutura mono-nylon 2,0 ou 3,0 agulhados.

Lâmina de bisturi 15 ou de acordo com o cabo do bisturi.

Seringa 10ml descartável para anestesia.

Agulhas 40X12 e 30X7.

Bisturi elétrico e ponteira.

Medicamentos para sedação, de acordo com a prescrição médica.

Mesa auxiliar.

Fita adesiva.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Indicar e realizar o procedimento de drenagem torácica beira leito.
- Prescrever analgesia e antibióticos profiláticos quando indicados.
- Avaliar posicionamento do dreno por exame clínico e radiológico.
- Monitorar evolução clínica, decidir sobre manutenção ou retirada do dreno.
- Registrar procedimento e condutas no prontuário.

Enfermeiros

- Preparar o paciente e o material necessário para o procedimento.
- Auxiliar o médico durante a drenagem, garantindo técnica asséptica.
- Realizar cuidados de enfermagem no sítio de inserção (curativos, trocas, observação de sinais de infecção).
- Monitorar o débito, coloração e características do líquido drenado.
- Supervisionar técnicos de enfermagem e capacitar a equipe.
- Garantir registros em prontuário.

Técnicos de Enfermagem

- Auxiliar na organização do material e posicionamento do paciente.
- Realizar cuidados de rotina no dreno torácico, como manutenção da integridade do sistema fechado e monitoramento da coluna d'água.
- Comunicar imediatamente intercorrências (obstrução, deslocamento, ausência de oscilação da coluna, sangramento).
- Auxiliar na troca de curativos sob supervisão do enfermeiro.
- Realizar registros adequados no prontuário.

Fisioterapeutas Respiratórios (quando disponíveis)

- Avaliar mecânica ventilatória e impacto da drenagem torácica na função respiratória.
- Propor técnicas de expansão pulmonar, higiene brônquica e reabilitação respiratória após estabilização clínica.
- Contribuir para protocolos assistenciais multidisciplinares.

6. Atividades:

Preparar o material necessário, posicionar o paciente, abrir e oferecer material necessário, medicar e monitorizar o paciente.

Lavar as mãos corretamente;

Abrir os pacotes com técnica asséptica;

Preparar o paciente, posicionando-o;

Colocar o antisséptico na cuba;

Segurar o frasco de anestésico para o médico, realizando a antisepsia prévia com álcool 70%;

Colocar soro ou água esterilizada dentro do frasco;

Instalar a tampa no frasco, de modo que a haste fique submersa cerca de 1,5 a 2cm na água;

Calçar as luvas;

Após a introdução do dreno, auxiliar na conexão deste à extremidade distal do sistema, sem contaminar;

Colar na altura-limite da água, o rótulo com a hora, dia e nome no frasco de drenagem e quantos ml de água foram colocados;

Após o término do procedimento, descartar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

Encaminhar os instrumentais para a CME e arrumar o local.

Para a troca de frascos:

Quando alcançar 2/3 da capacidade do frasco;

Lavar as mãos corretamente;

Calçar luvas estéril e vestir máscara;

Proteger a inserção do dreno com campo estéril;

Pinçar o intermediário realizar assepsia com álcool 70% na conexão do dreno e intermediário;

Pegar novo frasco de drenagem;

Colocar soro ou água estéril dentro do frasco;

Instalar a tampa no frasco, de modo que a haste fique submersa cerca de 1,5 a 2 cm na água (cerca de 500ml);

Desconectar o intermediário e encaixá-lo usado e encaixá-lo ao frasco limpo;

Retirar as pinças do dreno;

Colar na altura-limite da água, o rótulo com a hora, dia e nome de quem trocou o frasco de drenagem e quantos ml de água foram colocados;

Encaminhar o frasco para a sala de utilidades, desprezar o conteúdo e colocar o frasco em lixo infectante, se descartável, ou para a limpeza e esterilização, se de vidro;

Anotar no prontuário do paciente o aspecto e o volume drenado.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Restabelecimento da pressão negativa intrapleurar e expansão adequada do pulmão.
- Melhora clínica e hemodinâmica do paciente após drenagem.
- Redução das complicações relacionadas ao acúmulo de ar ou líquido pleural.
- Padronização do procedimento e redução de eventos adversos.
- Maior segurança do paciente, com monitoramento multiprofissional contínuo.
- Registros completos, permitindo rastreabilidade e auditoria do cuidado.

Indicadores de Avaliação

- Taxa de adesão ao protocolo (checagem por auditoria).
- Taxa de complicações relacionadas à drenagem (infecção no sítio, mau posicionamento, obstrução do dreno).
- Percentual de registros completos em prontuário sobre o procedimento e monitoramento.
- Tempo médio de permanência do dreno torácico (de acordo com indicação clínica).
- Taxa de reintervenções (troca ou reposicionamento do dreno).
- Número de treinamentos realizados com equipe multiprofissional sobre drenagem torácica.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo

Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Cuidados, observações e orientações:

- Toda vez que houver necessidade de se elevar o frasco acima do nível do tórax do paciente (transporte, deambulação, etc), clamplear os drenos;
- Manter o frasco abaixo do nível do tórax;
- O dreno não pode ficar diretamente no chão, utilizar o cordão para fixá-lo na lateral da cama;

- Trocar o frasco de drenagem quando este acumular cerca de 2/3 do volume da capacidade do frasco. O frasco não deve ser esvaziado e reutilizado. Ele deve ser substituído;
- Se o volume diário drenado for de 100ml a 150ml e a capacidade do frasco estiver próximo ao limite perguntar ao médico sobre a necessidade de troca;
- Frascos de drenagem de pneumotórax não necessitam de troca;
- Observar o funcionamento do sistema de drenagem;
- Estimular o paciente à movimentação no leito;
- Estimular exercício respiratório;
- A montagem e manutenção de sistemas com dois ou três frascos devem ser orientadas pelo médico.

10.Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ELETROCARDIOGRAMA

2.2.2.44. PROTOCOLO DE ELETROCARDIOGRAMA

1.Introdução

O eletrocardiograma (ECG) é um exame complementar amplamente utilizado na prática clínica para avaliação da atividade elétrica cardíaca. É um método não invasivo, rápido e de baixo custo, fundamental no diagnóstico, acompanhamento e estratificação de risco em diversas condições cardiovasculares, como arritmias, síndromes coronarianas agudas, distúrbios de condução e alterações eletrolíticas.

Por ser um procedimento rotineiro em unidades de pronto atendimento, enfermarias, ambulatórios e unidades de terapia intensiva, sua padronização é fundamental para garantir qualidade técnica, reduzir erros de posicionamento de eletrodos e assegurar registros fidedignos para a interpretação médica.

2.Revisão de literatura:

A literatura científica destaca o ECG como exame de primeira linha em emergências cardiológicas, sendo preconizado pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), American Heart Association (AHA) e European Society of Cardiology (ESC).

Estudos demonstram que erros técnicos, principalmente relacionados ao mau posicionamento dos eletrodos, podem comprometer a interpretação do traçado, levando a diagnósticos equivocados. A correta execução do exame e a padronização dos registros são fatores determinantes para a acurácia diagnóstica.

As recomendações atuais reforçam que o ECG deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada do paciente com dor torácica ao pronto-socorro, como indicador de qualidade assistencial.

3.Objetivo(s):

Registrar as alterações no ritmo cardíaco do paciente;

Ajudar o cardiologista a avaliar a saúde do coração.

4.Recursos físicos e materiais

Aparelho de Eletrocardiograma completo (braçadeiras, eletrodos ou peras);

Gel hidrossolúvel;

01ar Luvas de procedimento;

Algodão;

Parelho de barbear;

Solução alcoólica a 70%;

01Biombo;

Eletrodos.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos

- Solicitar a realização do ECG conforme indicação clínica.
- Interpretar o traçado eletrocardiográfico, correlacionando com o quadro clínico.
- Definir condutas terapêuticas baseadas nos achados.
- Registrar conclusões e diagnósticos no prontuário.

Enfermeiros

- Supervisionar a execução do exame e assegurar condições adequadas para a realização.
- Avaliar o estado clínico do paciente antes, durante e após o procedimento.

- Garantir a checagem de identidade e preparo adequado da pele.
- Orientar a equipe e o paciente sobre o exame, garantindo acolhimento e privacidade.
- Capacitar técnicos de enfermagem quanto à padronização do procedimento.

Técnicos de Enfermagem

- Preparar o paciente, realizando higiene da pele e posicionamento adequado.
- Colocar os eletrodos de forma correta e padronizada.
- Operar o equipamento de ECG conforme protocolo.
- Garantir a qualidade técnica do traçado, evitando artefatos.
- Registrar a realização do exame no prontuário e encaminhar o traçado ao médico.

6. Atividades:

Verificar no pedido de ECG, o tipo de exame requisitado, se 12 derivações ou uma derivação específica;

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Calçar luvas de procedimento;

Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos;

Posicionar o paciente no leito ou mesa de exame;

Certifique-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;

Abaixar a cabeceira da cama à 0°, exceto quando contraindicado;

Expor o tórax e realizar, antissepsia da pele com gaze umedecida e álcool a 70%, na região precordial;

Colocar eletrodos descartáveis ou peras na linha precordial:

V1: 4º espaço intercostal à direita do esterno;

V2: 4º espaço intercostal à esquerda do esterno;

V3: 5º entre V2 e V4;

V4: 5º espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda;

V5: 5º espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda;

V6: 5º espaço intercostal e linha axilar média à esquerda;

Colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis nas áreas preparadas;

RA: braço direito (right arm);

LA: braço esquerdo (left arm);

RL: perna direita (right leg);

LL: perna esquerda (left leg).

Conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos ou peras e braçadeiras, conforme indicação presente nos mesmos;

Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;

Identificar o ECG com data, hora, nome completo, idade, sexo, número do leito e carimbo do profissional;

Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;

Higienizar as mãos;

Anotar no prontuário a realização do exame.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Realização do ECG com técnica adequada e qualidade diagnóstica.
- Registro fidedigno da atividade elétrica cardíaca, permitindo interpretação médica correta.
- Redução de falhas técnicas relacionadas ao posicionamento incorreto de eletrodos.
- Maior agilidade no diagnóstico de condições cardiovasculares agudas, como infarto do miocárdio.
- Padronização do procedimento entre os setores da instituição.
- Garantia de segurança, privacidade e acolhimento do paciente.

Indicadores de Avaliação

- Taxa de exames realizados conforme protocolo (checagem por auditoria/observação).
- Percentual de exames com qualidade técnica adequada (traçados sem artefatos).
- Tempo médio entre solicitação médica e realização do ECG (indicador de agilidade).
- Número de falhas técnicas registradas (posicionamento incorreto, necessidade de repetição).
- Percentual de registros completos em prontuário sobre a realização do exame.
- Capacitações realizadas com a equipe sobre técnica e padronização do ECG.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SPRINGHOUSE. As melhores práticas de enfermagem: procedimentos baseados em evidências. Tradução de Regina Machado Garcez. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 239-242.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE LAVAGEM GÁSTRICA

2.2.2.45. PROTOCOLO DE LAVAGEM GÁSTRICA

1.Introdução

A lavagem gástrica é um procedimento invasivo utilizado em situações emergenciais para esvaziamento do conteúdo estomacal, geralmente indicada em casos de ingestão recente de substâncias tóxicas ou potencialmente letais.

Apesar de sua eficácia em determinados cenários, o procedimento deve ser criteriosamente avaliado, pois envolve riscos de complicações como aspiração pulmonar, perfuração gastrointestinal, alterações hidroeletrólíticas e bradiarritmias.

Atualmente, a lavagem gástrica é considerada uma medida de exceção, utilizada apenas quando os benefícios superam os riscos, e sempre sob supervisão médica em ambiente hospitalar.

2.Revisão de literatura:

Estudos recentes apontam que a eficácia da lavagem gástrica na remoção de substâncias ingeridas diminui significativamente após 1 hora da ingestão (Oliveira et al., 2019). As diretrizes internacionais, como as da *European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT)*, recomendam sua utilização somente em casos selecionados, como ingestão maciça de substâncias altamente tóxicas, sem antídotos específicos, e quando realizada em tempo oportuno (Vale et al., 2017).

No Brasil, a utilização do procedimento está em consonância com as orientações da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, que ressalta a necessidade de considerar alternativas como o uso

de carvão ativado. Assim, a lavagem gástrica deve ser indicada apenas por equipe treinada, em unidade de emergência, com monitorização contínua do paciente

3.Objetivo(s):

Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

4.Recursos físicos e materiais

- EPI (luva de procedimento)
- Sonda nasogástrica calibrosa
- Gaze não estéril
- Gel hidrossolúvel
- Seringa de 20ml
- Soro Fisiológico 0,9%
- Equipo macro gotas
- Bolsa coletora.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar a indicação do procedimento, considerando tempo de ingestão e tipo de substância.
- Prescrever a lavagem gástrica e monitorizar complicações clínicas.
- Coordenar a equipe multiprofissional envolvida.

Enfermeiro:

- Preparar o paciente para o procedimento, garantindo monitorização e segurança.

- Orientar a equipe técnica quanto às etapas da lavagem.
- Avaliar sinais vitais e complicações durante e após o procedimento.

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar na contenção física do paciente, quando necessário.
- Preparar e manusear os materiais sob supervisão do enfermeiro.
- Auxiliar na introdução da sonda orogástrica e na execução da lavagem conforme protocolo.

Equipe de Apoio (Serviços Gerais):

- Garantir a limpeza e desinfecção adequada dos materiais utilizados.
- Auxiliar na logística de descarte de resíduos biológicos conforme normas de biossegurança.

6. Atividades:

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Paramentar-se com o EPI;
- Proceder à técnica de Sondagem nasogástrica, se o paciente não estiver sondado;
- Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na sonda nasogástrica e infundir lentamente;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;

- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- Retirar a sonda e recolher o material;
- Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Remoção parcial do conteúdo gástrico, reduzindo absorção do agente tóxico.
- Prevenção de complicações relacionadas à intoxicação aguda.
- Registro completo do procedimento em prontuário, assegurando rastreabilidade.
- Garantia da segurança do paciente com mínima ocorrência de eventos adversos.

Indicadores

- **Indicadores de processo:**
 - Percentual de pacientes submetidos à lavagem gástrica com registro completo do procedimento.
 - Tempo médio entre ingestão da substância e realização do procedimento.
- **Indicadores de resultado:**
 - Percentual de pacientes que apresentaram complicações imediatas relacionadas ao procedimento.
 - Percentual de casos em que a lavagem gástrica contribuiu para melhora clínica.
 - Redução do número de intoxicações graves evoluindo para óbito após intervenção precoce.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.

- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
- Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

10.Referências

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE LAVAGEM INTESTINAL

2.2.2.46. PROTOCOLO DE LAVAGEM INTESTINAL

1.Introdução

A lavagem intestinal é um procedimento terapêutico utilizado para limpeza mecânica do cólon, indicado principalmente em preparos pré-operatórios, exames diagnósticos (como colonoscopia)

e, em situações específicas, no tratamento de intoxicações por substâncias de liberação prolongada ou de difícil adsorção pelo carvão ativado.

Trata-se de um procedimento que demanda cuidados rigorosos, pois pode acarretar distúrbios hidroeletrólitos, desconforto abdominal, risco de perfuração intestinal e complicações em pacientes com comorbidades gastrointestinais.

2.Revisão de literatura:

De acordo com a literatura científica, a lavagem intestinal apresenta maior eficácia quando realizada com soluções de polietilenoglicol (PEG), que garantem limpeza adequada do trato intestinal sem significativa absorção sistêmica (Gomes et al., 2020). As diretrizes internacionais, como as da *American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)*, recomendam a utilização do preparo intestinal com soluções isotônicas para reduzir riscos de complicações (Johnson et al., 2014).

Em toxicologia clínica, a lavagem intestinal tem sido indicada em casos selecionados, como intoxicações por metais pesados ou comprimidos de liberação prolongada, sendo considerada adjuvante à lavagem gástrica e ao uso de carvão ativado (Vale et al., 2017).

3.Objetivo(s):

Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

4.Recursos físicos e materiais

- EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)
- Solução prescrita
- Sonda retal
- Equipo macrogotas
- Suporte de soro

- Comadre ou fralda descartável
- Xylocaína 2% (se for necessário realizar toque retal)
- Biombo se necessário

5. Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar a indicação do procedimento e contraindicações (obstrução intestinal, sangramentos ativos, perfuração).
- Prescrever solução utilizada e monitorizar resposta clínica.
- Definir interrupção do procedimento em casos de complicação.

Enfermeiro:

- Orientar paciente e família sobre o procedimento.
- Garantir monitorização clínica e hemodinâmica durante a lavagem.
- Supervisionar o preparo da solução, instalação e controle do volume infundido.
- Avaliar complicações e comunicar imediatamente ao médico.

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar na organização do material e preparo do ambiente.
- Administrar a solução prescrita sob supervisão do enfermeiro.
- Observar sinais de desconforto e auxiliar na monitorização clínica.

Equipe de Apoio:

- Apoiar na desinfecção do material utilizado.
- Garantir descarte adequado dos resíduos conforme normas de biossegurança.

6. Atividades:

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Aquecer a solução prescrita a 37° e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;
- Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;
- Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7 cm nas crianças e 10 a 13 cm nos adultos;
- Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;
- Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;
- Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Limpeza adequada do cólon para realização de exames ou cirurgias.
- Redução da carga tóxica em casos de intoxicação específica.
- Melhora clínica do paciente, com menor risco de complicações associadas à intoxicação ou retenção fecal.
- Registro sistematizado do procedimento em prontuário.

Indicadores de processo:

- Percentual de pacientes submetidos à lavagem intestinal com registro completo em prontuário.
- Percentual de procedimentos realizados de acordo com protocolo institucional.

• **Indicadores de resultado:**

- Taxa de complicações (náuseas, vômitos, distúrbios hidroeletrólitos, perfuração).
- Percentual de exames e cirurgias realizados sem necessidade de repetir preparo.
- Taxa de pacientes com melhora clínica após intervenção.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês

Avaliação de eficácia do treinamento	de	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento.
- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico.
- Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente.
- O enfermeiro deve avaliar os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento.
- O cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento.
- Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

10. Referências

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.



PROTOCOLO DE MONITORIZAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO EM ADULTO

2.2.2.47. PROTOCOLO DE MONITORIZAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO EM ADULTO

1.Introdução

A monitorização da oxigenação por meio da oximetria de pulso é uma prática amplamente utilizada nos serviços de saúde para avaliação não invasiva da saturação periférica de oxigênio (SpO_2).

O método fornece informações rápidas e contínuas sobre a oxigenação do paciente, sendo essencial no acompanhamento de condições críticas, como insuficiência respiratória, choque, sepse e durante anestésias e sedação.

Trata-se de um recurso fundamental na tomada de decisões clínicas, especialmente em unidades de pronto-atendimento, emergência, centro cirúrgico e terapia intensiva.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que a oximetria de pulso é uma ferramenta de grande utilidade clínica, porém sujeita a limitações, como interferência por movimento, perfusão periférica inadequada, esmalte de unha e presença de dis-hemoglobinas (Jubran, 2015). Diretrizes da *American Thoracic Society* e da *World Health Organization* recomendam o uso rotineiro da oximetria em pacientes com desconforto respiratório, infecções respiratórias agudas, COVID-19 e em monitorização perioperatória (WHO, 2021).

No contexto de emergências, a literatura evidencia que valores de SpO_2 inferiores a 90% devem ser considerados críticos, demandando intervenções imediatas, como oferta de oxigenoterapia suplementar e investigação das causas da hipoxemia (Moraes et al., 2020).

3.Objetivo(s):

Monitorizar os parâmetros da saturação de oxigênio do paciente de forma segura e eficaz.

4.Recursos físicos e materiais

- Monitor com aparelho oxímetro ou oxímetro portátil
- 01 Cabo com sensor de oxímetro
- 01 par Luva de procedimento
- 02 Bolas de Algodão
- Solução alcoólica a 70%

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Solicitar monitorização contínua da SpO_2 conforme quadro clínico.
- Interpretar os resultados e correlacioná-los com dados clínicos e laboratoriais.
- Indicar condutas terapêuticas a partir dos valores obtidos.

Enfermeiro:

- Garantir a instalação correta do oxímetro de pulso.
- Avaliar periodicamente a acurácia dos dados e checar possíveis interferências.
- Treinar equipe técnica na utilização e reconhecimento de alterações críticas.
- Comunicar imediatamente ao médico qualquer alteração significativa nos valores.

Técnico de Enfermagem:

- Realizar a instalação do oxímetro sob supervisão.

- Monitorar o paciente durante o exame, observando integridade do sensor e condições clínicas.
- Registrar os valores no prontuário, conforme periodicidade definida.

Equipe de Apoio:

- Assegurar a limpeza e manutenção adequada dos equipamentos.
- Auxiliar na reposição de pilhas, cabos e sensores.

6. Atividades:

- Higienizar as mãos
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Calçar luva de procedimento
- Ligar o monitor.
- Adaptar o cabo com sensor de oxímetro ao dedo do paciente.
- Observar, no monitor, a onda e a porcentagem da saturação de oxigênio.
- Acionar alarme sonoro.
- Deixar o paciente confortável no leito.
- Retirar luvas de procedimento
- Higienizar as mãos
- Realizar as anotações no prontuário do paciente
- Realizar o rodízio do dedal nos dedos a cada 3 horas
- Realizar a desinfecção do cabo de oximetria com solução alcoólica a cada 24 h

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Identificação precoce de alterações na oxigenação sanguínea.
- Intervenção imediata e segura frente a quadros de hipoxemia.
- Registro contínuo e confiável da SpO₂ no prontuário do paciente.
- Redução da morbimortalidade associada à hipóxia em pacientes adultos hospitalizados.

Indicadores

- **Indicadores de processo:**
 - Percentual de pacientes em risco monitorizados com oxímetro de pulso.
 - Percentual de registros de SpO₂ realizados conforme protocolo institucional.
- **Indicadores de resultado:**
 - Taxa de pacientes com hipoxemia grave identificada precocemente.
 - Redução de eventos adversos relacionados à falha de monitorização.
 - Percentual de pacientes que receberam intervenção imediata após detecção de SpO₂ < 90%.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

KNOBEL, E. Terapia Intensiva enfermagem. Atheneu: São Paulo, 2006.

CINTIA, E. A. Assistência de Enfermagem ao Paciente gravemente enfermo. 2ª ed. Atheneu: São Paulo, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE AUXÍLIO NA ALIMENTAÇÃO VIA ORAL

2.2.2.48. PROTOCOLO DE AUXÍLIO NA ALIMENTAÇÃO VIA ORAL

1.Introdução

O auxílio na alimentação oral é uma prática fundamental no cuidado a pacientes hospitalizados ou em instituições de longa permanência que apresentam limitações físicas, cognitivas ou funcionais que dificultam sua autonomia alimentar.

O procedimento vai além do simples ato de alimentar, sendo parte essencial da promoção da saúde, da segurança nutricional e da humanização do cuidado. Quando realizado de forma adequada, contribui para reduzir o risco de desnutrição, aspiração, pneumonia aspirativa e desconforto, além de promover dignidade e qualidade de vida ao paciente.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que a dificuldade de deglutição (disfagia) e a dependência parcial ou total para alimentação oral são fatores de risco para complicações clínicas, incluindo aspiração traqueal e infecções respiratórias (Logemann, 2018). Diretrizes nacionais e internacionais de segurança alimentar hospitalar ressaltam a importância do auxílio por equipe treinada, garantindo postura adequada, ritmo lento, textura adaptada e monitoramento de sinais de aspiração (Martins et al., 2020).

A literatura também destaca que o envolvimento da equipe multiprofissional — médico, nutricionista, enfermeiro, fonoaudiólogo e equipe de enfermagem — é essencial para garantir segurança e efetividade no processo, especialmente em pacientes idosos e neurológicos (Cichero et al., 2017).

3.Objetivo(s):

Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode alimentar-se sozinho, nutrir e hidratar o paciente e reestabelecer o volume líquido do organismo.

4.Recursos físicos e materiais

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 mesa de refeição;
- 01 toalha de rosto;
- Talheres;
- Dieta prescrita;
- 01 compressa;
- Papel toalha;
- Sabonete líquido.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar condições clínicas que impactam no processo de alimentação oral.
- Definir restrições ou adaptações específicas conforme diagnóstico.
- Prescrever dieta e orientar a equipe multiprofissional.

Nutricionista:

- Elaborar plano alimentar adequado às necessidades nutricionais do paciente.
- Definir consistência e textura dos alimentos conforme risco de aspiração.
- Avaliar aceitação e evolução nutricional.

Fonoaudiólogo:

- Avaliar e reabilitar distúrbios de deglutição.

- Orientar técnicas seguras de alimentação.
- Treinar equipe e familiares quanto às estratégias de proteção contra aspiração.

Enfermeiro:

- Planejar e supervisionar o auxílio na alimentação.
- Garantir condições de higiene, posicionamento e conforto do paciente.
- Monitorar sinais de aspiração ou complicações durante a alimentação.

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar diretamente na oferta dos alimentos conforme prescrição e orientações da equipe.
- Observar ritmo de ingestão, deglutição e sinais de desconforto.
- Registrar intercorrências e comunicar imediatamente ao enfermeiro.

Equipe de Apoio:

- Assegurar higienização de utensílios.
- Auxiliar na organização do ambiente para o momento da refeição.

6. Atividades:

- Verificar com atenção na prescrição médica, qual a dieta do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Orientar sobre o cuidado que será realizado;
- Calçar as luvas de procedimento;
- No atendimento aos pacientes sem restrições de mobilização e independentes, seguir para o item 18;
- Estimular sempre que possível o paciente, a alimentar-se com a dieta oral fora do leito sentado em uma cadeira, com a mesa de refeição posicionada em sua frente;

- Em caso de restrição para saída do leito, deve-se posicionar o paciente em Fowler, com a cabeceira elevada a aproximadamente 60 graus;
- Caso seja contraindicado posicionar o paciente em Fowler 60 graus, posicionar o paciente em decúbito lateral direito com a cabeceira levemente elevada em Semi Fowler 30 graus;
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Colocar a dieta sobre mesa de refeição;
- Estimular a independência do paciente (se conseguir segurar o talher, permitir que realize sua própria alimentação, com a supervisão da enfermagem);
- Caso o paciente apresente restrição para mobilização dos membros superiores, deve ser auxiliado pela enfermagem, com um talher adequado;
- Ofertar a dieta em pequenas porções, sempre esperando o tempo de mastigação e deglutição do paciente;
- Ofertar água ao paciente, conforme prescrição médica;
- Se necessário realizar a higiene do rosto do paciente com compressa úmida e sabonete líquido. enxaguar com a compressa umedecida em água e secar o rosto com papel toalha;
- Ao término estimular a realização da higiene oral;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Descartar os materiais utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar a anotação de enfermagem no prontuário.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Garantia da ingestão adequada de nutrientes e líquidos.
- Prevenção de aspiração e de complicações associadas.

- Melhora do estado nutricional e do conforto do paciente.
- Promoção da autonomia, dignidade e humanização do cuidado.

Indicadores

- **Indicadores de processo:**
 - Percentual de pacientes dependentes de auxílio alimentar com plano nutricional registrado.
 - Percentual de profissionais capacitados em técnicas seguras de auxílio à alimentação.
- **Indicadores de resultado:**
 - Taxa de complicações relacionadas à aspiração durante alimentação oral.
 - Percentual de pacientes com melhora do estado nutricional durante internação.
 - Grau de satisfação dos pacientes e familiares com o cuidado recebido.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês

Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE BANHO EM PACIENTE ACAMADO

2.2.2.49. PROTOCOLO DE BANHO EM PACIENTE ACAMADO

1.Introdução

O banho no paciente acamado é um cuidado essencial que visa à higiene corporal, prevenção de infecções, promoção do conforto e manutenção da integridade cutânea. Além do aspecto físico, esse cuidado possui impacto psicossocial, proporcionando bem-estar, dignidade e humanização do atendimento.

Por se tratar de um procedimento que envolve mobilização e exposição do paciente, deve ser realizado de forma técnica, segura e respeitosa, preservando a privacidade e prevenindo complicações como lesões de pele, úlceras por pressão e quedas.

2.Revisão de literatura:

A literatura aponta que o banho em pacientes acamados contribui diretamente para a prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde e para a manutenção da homeostase cutânea (Smeltzer; Bare, 2015). Diretrizes internacionais, como as da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, recomendam protocolos padronizados de higiene para reduzir riscos de colonização por microrganismos multirresistentes e para melhorar o conforto dos pacientes em regime prolongado de internação.

No Brasil, a *Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)* enfatiza que o banho deve ser planejado, observando-se condições clínicas, necessidade de monitorização contínua e individualização conforme o grau de dependência funcional (ABEn, 2020).

3.Objetivo(s):

- Proporcionar conforto;
- Prevenir infecções e lesões na pele;
- Estimulação da circulação;
- Complementar o exame físico.

4.Recursos físicos e materiais

- EPI: Luvas de procedimento e se necessário, óculos protetores, avental e máscara cirúrgica;
- Toalha;
- Roupa de cama (lençol, fronha, traçado etc.);
- Bacia;
- Álcool;
- Sabão líquido;
- Jarro com água morna;
- Balde grande para coletar a água com resíduos;
- Biombo, se não houver cortinas na unidade do paciente;
- Hamper;
- Compressas de banho (2);
- Fraldas, se necessário;

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar restrições clínicas para o procedimento (instabilidade hemodinâmica, risco de queda da pressão arterial, dispositivos invasivos).
- Definir limitações ou cuidados especiais durante o banho.

Enfermeiro:

- Planejar e supervisionar o banho do paciente acamado.
- Avaliar integridade da pele antes e após o procedimento.
- Registrar alterações clínicas e cutâneas observadas durante o banho.
- Orientar e capacitar a equipe de enfermagem quanto à técnica adequada.

Técnico de Enfermagem:

- Realizar o banho conforme protocolo institucional, garantindo privacidade e segurança.
- Manusear dispositivos e sondas com cuidado durante o procedimento.
- Avaliar sinais de desconforto ou complicações e comunicar ao enfermeiro.

Equipe de Apoio:

- Auxiliar na preparação do ambiente e materiais.
- Apoiar na troca de roupas de cama e na higienização de materiais após o banho.

6. Atividades:

- Fechar cortinas do leito ou colocar o biombo;
- Informar procedimento para acompanhante e paciente;
- Higienizar as mãos;
- Trazer material de banho, balança digital e hamper;
- Se houver corrente de ar, fechar as janelas ou portas;
- Abaixar ou retirar as grades do leito;
- Retirar o excesso de roupa de cama;
- Colocar luvas;
- Expor o paciente;
- Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água;
- Umedecer a compressa de banho e ensaboá-la com sabonete líquido;
- Higienizar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo, depois o rosto, as orelhas e o pescoço do cliente;

- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
- Secar a região com a toalha;
- Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;
- Retirar a camisola ou pijama do cliente protegendo-o com o lençol;
- Colocar a toalha sob o membro superior do cliente, oposto ao lado do profissional, passar a compressa ensaboada, iniciando pelo pulso, até as axilas;
- Repetir os passos de enxaguar a compressa, desprezar a água no balde, assim como os passos para higienizar o outro membro;
- Imergir as mãos do cliente na bacia e lavar e secar as mãos;
- Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região suprapúbica, e cobrir, simultaneamente, o tórax e o abdome com a toalha de banho;
- Expor o tórax e o abdome, dobrando a toalha sobre ela mesma na altura da região do quadril;
- Higienizar o tórax e o abdome, iniciando pela região supraclavicular até a região supra púbica;
- Seguir todos os passos da higienização dos membros superiores, para a higienização dos membros inferiores;
- Forrar os pés da cama com a toalha e colocar a bacia com água sobre ela;
- Imergir os pés do cliente, esfregar, enxaguar e secar com a toalha;
- Estender as pernas sobre o leito e cobri-las com o lençol;
- Fazer a higiene íntima;
- Subir ou colocar a grade do lado da cama que o cliente será posicionado em decúbito lateral;
- Posicionar o cliente em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional;
- Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do cliente, desde o ombro até o quadril;
- Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com a outra compressa de banho;
- Secar a região com a toalha desprezando-a no hamper;
- Cobrir o cliente com o lençol;

- Trocar roupa de cama e colocar a suja no hamper;
- Colocar fraldas (se necessário) e as roupas (limpas) do cliente;
- Levantar grades;
- Recompôr a unidade e deixar o cliente em posição segura e confortável;
- Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do cliente, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão, cuidados prestados e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Higienização adequada e promoção do conforto do paciente.
- Preservação da integridade cutânea e redução do risco de úlceras por pressão.
- Identificação precoce de alterações dermatológicas ou sistêmicas durante o procedimento.
- Humanização do cuidado, com respeito à dignidade e individualidade do paciente.

Indicadores

- **Indicadores de processo:**
 - Percentual de pacientes acamados com registro de banho diário no prontuário.
 - Percentual de profissionais de enfermagem capacitados na técnica de banho em paciente acamado.
- **Indicadores de resultado:**
 - Taxa de lesões de pele adquiridas durante a internação.
 - Grau de satisfação dos pacientes ou familiares com a qualidade do cuidado.
 - Redução da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

- Observar a temperatura da água, que deve ser entre 36°C e 40°C.;
- Evitar a exposição desnecessária do cliente, mantendo aquecido, sempre que possível;

- Colocar as roupas sujas no hamper e não as jogar em pisos (no chão);
- Atentar para a prevenção de acidentes em caso de clientes com cateteres venosos/ drenos/ traqueostomias,
- Avaliar risco de ressecamento da pele, principalmente em pessoas idosas;
- Padronizar o horário do banho, porém respeitar a preferência do cliente sempre que possível.

10.Referências

ARAÚJO, M.J.B.de. Técnicas fundamentais de enfermagem. 9 Ed. Rio de Janeiro: MJB de Araújo, 1996.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.

MOZACHI, NELSON. O Hospital: manual do ambiente hospitalar. Ed.10. Curitiba: Os Autores, 2005.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA.M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE HIGIENE INTIMA FEMININA

2.2.2.50. PROTOCOLO DE HIGIENE INTIMA FEMININA

1.Introdução

A higiene íntima feminina em ambiente hospitalar ou institucional é uma prática essencial para a prevenção de infecções, promoção do conforto e preservação da dignidade da paciente.

Esse cuidado é especialmente importante em pacientes acamadas, no pós-operatório, durante o ciclo menstrual ou em situações de incontinência urinária e fecal. Além de garantir bem-estar, a higiene adequada contribui para a prevenção de complicações como infecções do trato urinário, dermatites de contato e vaginites.

2.Revisão de literatura:

A literatura destaca que a higiene íntima adequada é um fator protetor contra a colonização de microrganismos patogênicos e a ocorrência de infecções ginecológicas e urinárias (Silva et al., 2019). Diretrizes nacionais e internacionais recomendam a utilização de técnicas assépticas, produtos neutros ou específicos, além da observação criteriosa da integridade da pele e mucosa (WHO, 2021).

Estudos também apontam que práticas inadequadas de higiene, como uso excessivo de substâncias irritantes ou manipulação incorreta, podem causar desequilíbrio da microbiota vaginal, predispondo a infecções e desconfortos (Martins et al., 2020).

3.Objetivo(s):

- Manter a genitália feminina livre de odores.
- Prevenir infecção.
- Promover conforto e bem-estar à paciente.
- Manter a região limpa para a execução de procedimentos.
- Controlar uma infecção já existente.

4.Recursos físicos e materiais

- Gaze não estéril.
- Sabão líquido neutro.
- Jarra com água morna.
- Toalha de banho.
- Comadre.
- Biombo.
- Hamper

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar condições clínicas que exijam higiene íntima especial (pós-operatório ginecológico, infecções).
- Prescrever soluções ou produtos específicos quando necessário.
- Orientar a equipe multiprofissional em casos de complicações.

Enfermeiro:

- Supervisionar e orientar a equipe na realização do procedimento.
- Avaliar a região genital quanto a sinais de infecção, lesões ou secreções anormais.
- Garantir registro em prontuário das condições observadas e dos cuidados prestados.

- Promover orientação educativa sobre higiene íntima segura às pacientes e familiares.

Técnico de Enfermagem:

- Realizar a higiene íntima feminina conforme protocolo, respeitando a privacidade da paciente.
- Utilizar técnica asséptica e produtos adequados.
- Observar e comunicar ao enfermeiro qualquer alteração na pele, mucosa ou secreções.

Equipe de Apoio:

- Auxiliar na preparação do ambiente e materiais necessários.
- Apoiar na higienização e descarte correto dos resíduos após o procedimento.

6. Atividades:

- Conferir a identificação da paciente.
- Avaliar nível de consciência da cliente bem como sua função cognitiva e músculo esquelética para a colaboração da mesma no procedimento.
- Explicar o procedimento à paciente e ao familiar.
- Reunir material.
- Preservar a privacidade da cliente colocando o biombo em volta do leito.
- Colocar todos os equipamentos de proteção individual.
- Realizar a higienização das mãos.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fletir os membros inferiores da paciente de forma que a mesma apoie os pés sobre o leito.
- Posicionar a comadre na região glútea.
- Colocar pequena porção de sabão líquido neutro no púbis.
- Irrigar a região íntima com água morna.
- Afastar os grandes lábios com a mão não dominante.

- Espalhar o sabão com a gaze em movimentos circulares no sentido unidirecional da região pubiana até o reto, com a mão dominante.
- Higienizar grandes lábios, ao redor dos pequenos lábios, clitóris e introito vaginal.
- Enxaguar e secar a região com a toalha.
- Desprezar os materiais descartáveis na lixeira e toalha de banho no hamper.
- Retirar as luvas.
- Colocar a paciente em posição de conforto.
- Elevar as grades do leito.
- Retirar equipamento de proteção individual.
- Retirar o biombo.
- Realizar a higienização das mãos.
- Retirar todos os materiais utilizados e acondicionar em local correto.
- Registrar o procedimento no prontuário com assinatura e carimbo.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Manutenção da higiene íntima feminina com conforto e segurança.
- Prevenção de infecções ginecológicas e urinárias associadas à internação.
- Identificação precoce de alterações genitais.
- Humanização do cuidado com respeito à privacidade e dignidade da paciente.

Indicadores

- **Indicadores de processo:**
 - Percentual de pacientes com registro de higiene íntima realizada conforme protocolo.
 - Percentual de profissionais capacitados para o procedimento.
- **Indicadores de resultado:**
 - Taxa de infecções ginecológicas ou urinárias em pacientes hospitalizadas.

- Percentual de pacientes com avaliação registrada sobre integridade da pele e mucosa genital.
- Grau de satisfação das pacientes com o cuidado prestado.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Manter precaução padrão para paciente em isolamento.
- Na presença de fezes, retirá-las com gaze ou compressa não estéril antes de realizar a higienização da região íntima.
- Na presença de secreção purulenta na uretra, retirar a secreção com gazes ou compressa não estéril antes de realizar a higienização da região íntima.
- Em paciente com cateter vesical de demora realizar a higienização do mesmo modo, mantendo o cuidado de não tracionar o cateter.
- Avaliar a necessidade do uso de cremes para prevenção ou tratamento de dermatites de contato (assaduras).
- Avaliar nível de consciência da paciente e a necessidade de utilização de fralda.

10. Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso – 8ª edição revista. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. BRASÍLIA / DF – 2010. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2014/Doencasinfecciosaseparasitarias_12_08_2014.pdf. Acesso em 05/07/21.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais. MISAU. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>. Acesso em 05/07/21.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE HIGIENI INTIMA MASCULINA

2.2.2.51. PROTOCOLO DE HIGIENI INTIMA MASCULINA

1.Introdução

A higiene íntima masculina em ambiente hospitalar é um cuidado essencial para a manutenção da saúde, prevenção de infecções e promoção do conforto e dignidade do paciente. É especialmente necessária em pacientes acamados, no pós-operatório, em casos de incontinência urinária ou fecal e em pacientes com dispositivos invasivos, como sondas vesicais de demora.

A execução correta do procedimento contribui para a prevenção de infecções do trato urinário, balanite, dermatites e complicações relacionadas à sondagem.

2.Revisão de literatura:

Estudos ressaltam que a higienização adequada da região genital masculina é um fator de proteção contra infecções e complicações decorrentes da hospitalização, principalmente em pacientes idosos ou acamados (Silva et al., 2020). Diretrizes de controle de infecção hospitalar recomendam técnicas assépticas, produtos neutros e atenção especial à manipulação do prepúcio, evitando retração excessiva e risco de parafimose (WHO, 2021).

Pesquisas ainda indicam que falhas no processo de higiene íntima estão associadas ao aumento da incidência de infecções do trato urinário em pacientes sondados, além de repercussões no conforto e na autoestima dos pacientes (Martins et al., 2019).

3.Objetivo(s):

- Manter a genitália masculina livre de odores.
- Prevenir infecção.
- Promover conforto e bem-estar à paciente.
- Manter a região limpa para a execução de procedimentos.
- Controlar uma infecção já existente.

4. Recursos físicos e materiais

- Gaze não estéril.
- Sabão líquido neutro.
- Jarra com água morna.
- Toalha de banho.
- Comadre.
- Biombo.
- Hamper

5. Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar situações que exijam cuidados especiais (pós-operatório urológico, lesões, infecções).
- Prescrever produtos específicos para a higiene íntima quando necessário.
- Orientar a equipe em casos de intercorrências.

Enfermeiro:

- Supervisionar a realização do procedimento.
- Avaliar a região genital quanto a sinais de infecção, lesões ou secreções.
- Garantir registro detalhado do cuidado em prontuário.

- Realizar orientação educativa a pacientes e familiares sobre higiene íntima adequada.

Técnico de Enfermagem:

- Executar a higiene íntima conforme protocolo institucional, preservando a privacidade do paciente.
- Utilizar técnica asséptica, evitando retração prolongada do prepúcio.
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer alteração identificada.

Equipe de Apoio:

- Organizar o ambiente e materiais necessários.
- Realizar a higienização e o descarte correto dos resíduos utilizados no procedimento.

6. Atividades:

- Conferir a identificação da paciente.
- Avaliar nível de consciência da cliente bem como sua função cognitiva e músculo esquelética para a colaboração da mesma no procedimento.
- Explicar o procedimento à paciente e ao familiar.
- Reunir material.
- Preservar a privacidade da cliente colocando o biombo em volta do leito.
- Colocar todos os equipamentos de proteção individual.
- Realizar a higienização das mãos.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Fletir os membros inferiores da paciente de forma que a mesma apoie os pés sobre o leito.
- Posicionar a comadre na região glútea.
- Colocar pequena porção de sabão líquido neutro no púbis.
- Irrigar a região íntima com água morna.
- Segurar o pênis perpendicularmente ao corpo com a mão não dominante, tracionando
- o prepúcio;
- Realizar a higiene do meato uretral e da glândula em movimentos circulares e a do corpo

- do pênis em sentido único até a sua inserção;
- Fazer a higiene da bolsa escrotal e da região perianal no sentido anteroposterior;
- Enxaguar e secar a região com a toalha.
- Desprezar os materiais descartáveis na lixeira e toalha de banho no hamper.
- Retirar as luvas.
- Colocar a paciente em posição de conforto.
- Elevar as grades do leito.
- Retirar equipamento de proteção individual.
- Retirar o biombo.
- Realizar a higienização das mãos.
- Retirar todos os materiais utilizados e acondicionar em local correto.
- Registrar o procedimento no prontuário com assinatura e carimbo.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Prevenção de infecções do trato urinário e balanite.
- Garantia de conforto, dignidade e bem-estar do paciente.
- Identificação precoce de alterações na região genital.
- Redução de complicações associadas a dispositivos invasivos.

Indicadores

- **Indicadores de processo:**
 - Percentual de pacientes com higiene íntima registrada em prontuário conforme protocolo.
 - Percentual de profissionais capacitados para realizar o procedimento corretamente.
- **Indicadores de resultado:**
 - Taxa de infecções do trato urinário associadas à hospitalização.
 - Percentual de pacientes sondados com registro de higienização adequada.

- Grau de satisfação dos pacientes com o cuidado recebido.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

- Manter precaução padrão para paciente em isolamento.
- Na presença de fezes, retirá-las com gaze ou compressa não estéril antes de realizar a higienização da região íntima.
- Na presença de secreção purulenta na uretra, retirar a secreção com gazes ou compressa não estéril antes de realizar a higienização da região íntima.
- Em paciente com cateter vesical de demora realizar a higienização do mesmo modo, mantendo o cuidado de não tracionar o cateter.
- Avaliar a necessidade do uso de cremes para prevenção ou tratamento de dermatites de contato (assaduras).
- Avaliar nível de consciência da paciente e a necessidade de utilização de fralda.

10.Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso – 8ª edição revista. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. BRASÍLIA / DF – 2010. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2014/Doencasinfecciosaseparasitarias_12_08_2014.pdf. Acesso em 05/07/21.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais. MISAU. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>. Acesso em 05/07/21.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE BANHO PRÉ-OPERATÓRIO

2.2.2.52. PROTOCOLO DE BANHO PRÉ-OPERATÓRIO

1.Introdução

O banho pré-operatório é uma medida de prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde, visando à redução da microbiota transitória e residente da pele. Deve ser realizado antes de procedimentos cirúrgicos, utilizando técnicas e produtos adequados, garantindo a segurança do paciente.

2.Revisão de literatura:

Evidências científicas apontam que o banho pré-operatório com antissépticos, como clorexidina degermante, reduz o risco de infecção do sítio cirúrgico (Anderson et al., 2014).

Diretrizes da *World Health Organization* e da *ANVISA* recomendam banho higiênico com sabonete neutro ou antisséptico, a depender do procedimento cirúrgico.

3.Objetivo(s):

- Proporcionar a higiene corporal;
- Favorecer a manutenção da autoestima;
- Promover conforto e relaxamento;
- Estimular a circulação e prevenir infecções;
- Promover condições para uma cirurgia segura.

4. Recursos físicos e materiais

- Compressas;
- Fralda descartável, se necessário;
- Hamper.
- Luvas de Procedimento;
- Produtos pessoais para o cuidado da pele (desodorante, hidratante, colônia);
- Roupa hospitalar;
- Sabonete e clorexidina degermante;
- Toalhas de banho;
- Aparelho de barbear (conforme necessidade);
- Cadeira de banho, se necessário;
- Escova de cabelo/pente/ desodorante.

5. Atribuições de cada categoria profissional

- **Enfermeiro:** supervisionar o procedimento, avaliar a pele e orientar equipe.
- **Técnico de enfermagem:** executar o banho conforme protocolo.
- **Equipe de apoio:** organizar ambiente e higienização após o banho.

6. Atividades:

- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o cuidado que será realizado;
- Reunir o material e levar ao banheiro, certificar-se que o banheiro esteja seco e limpo;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Encaminhar o cliente ao banheiro na cadeira de banho;
- Manter a privacidade do paciente durante o procedimento;

- Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água;
- Ajudar o paciente dentro do chuveiro, fornecendo a assistência necessária e orientando sobre a utilização do antisséptico no local da incisão cirúrgica;
- Ajudar o paciente a sair do chuveiro;
- Auxiliar o paciente a secar-se observando as condições da pele e se houve reação durante o banho;
- Auxiliar o paciente a vestir-se e a pentear-se, se necessário;
- Ajudar o paciente no quarto, posicionando-o em posição confortável na cadeira;
- Arrumar o leito e após auxiliar o paciente a acomodar-se confortavelmente;
- Organizar o banheiro e encaminhar as roupas de cama sujas para o expurgo;
- Deixar o ambiente em ordem após o término do procedimento;
- Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos;
- Registrar o cuidado prestado e as observações feitas no prontuário do paciente.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Redução da flora bacteriana da pele.
- Diminuição do risco de infecção do sítio cirúrgico.
- Paciente orientado e seguro para o procedimento cirúrgico.

Indicadores de Processo

- % de pacientes cirúrgicos que realizaram banho pré-operatório conforme protocolo.
- % de registros completos do banho (data, horário, produto utilizado, pele avaliada).
- % de profissionais treinados no protocolo de banho pré-operatório.

Indicadores de Resultado

- Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) por 1.000 cirurgias.
- % de cancelamentos cirúrgicos por preparo inadequado da pele.
- Incidência de eventos adversos cutâneos relacionados ao produto antisséptico.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9.Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. Fundamentos de Enfermagem: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ADMISSÃO DE PACIENTE

2.2.2.53. PROTOCOLO DE ADMISSÃO DE PACIENTE

1.Introdução

A admissão hospitalar é o primeiro contato do paciente com a instituição, devendo ser acolhedora e organizada para garantir segurança, confiança e humanização no atendimento.

2.Revisão de literatura:

A Política Nacional de Humanização enfatiza a importância de acolhimento qualificado na admissão, promovendo vínculo terapêutico e integração entre equipe, paciente e família (Brasil, 2013).

3.Objetivo(s):

Realizar admissão segura do paciente.

4.Recursos físicos e materiais

A unidade de paciente é um boxe ou quarto individual, com os recursos necessários para prestar assistência ao paciente grave. A unidade do paciente deve ser mantida em ordem e completa, para facilitar a realização dos cuidados e a intervenção em situações de urgência. Esta organização é responsabilidade de toda equipe multiprofissional.

Após alta do paciente e realização de limpeza terminal, a unidade deve ser reposta pelo técnico de Enfermagem com os equipamentos e itens abaixo listados:

- Uma cama elétrica com grades laterais, cabeceira removível, rodízio e sistema de trava, colchão com capa impermeável, travesseiros, coxins de posicionamento e arrumado conforme rotina do Hospital;
- Painel de gases com os seguintes acessórios:
 - ✓ Válvula redutora para rede de oxigênio;
 - ✓ Válvula redutora para rede de ar comprimido;
 - ✓ Fluxômetro de oxigênio;
 - ✓ Fluxômetro de ar comprimido;
 - ✓ Manômetro para rede de vácuo com frasco redutor;
- Ventilador – o ventilador mecânico deve ser instalado do lado oposto ao dispositivo vascular de acesso venoso, pois geralmente implicam na utilização de suporte de soro e bombas de infusão com medicações;
- Monitor multiparamétrico com o módulo com ECG, SpO₂, PNI com os cabos, com manguito completo e acessórios;
- Ambu completo com máscara e uma extensão;
- Bombas de infusão;
- Suportes de soro;
- Gabinete: na gaveta colocar 5 pacotes de gases, 5 sondas de aspiração, 5 eletrodos e 5 pares de luvas estéreis; no armário colocar os pertences pessoais do paciente e material de higiene;
- Providenciar ficha de controle diário;
- Mesa auxiliar ou de refeições, se disponível;
- Lixeiras com tampa com sistema de abertura com pedal, para lixo comum e lixo infectante.

5.2.1 Complementação da unidade do paciente, quando necessário

Antes da admissão de um paciente, o enfermeiro recebe informações sobre as condições clínicas e verifica a necessidade de outros equipamentos e acessórios, entre eles:

- Módulos e cabos para monitorização invasiva de pressão (pressão venosa central, pressão arterial invasiva, pressão intracraniana, artéria pulmonar – verificar no processo específico);
- Módulo de capnografia;
- Suporte para transdutor;
- Bolsa pressurizadora;
- Coluna d'água e uma extensão;
- Sistema de aspiração à vácuo adicional para casos do paciente com drenagem com aspiração negativa (como peritoneostomia, drenos de tórax) com frasco coletor, se necessário.

5. Atribuições de cada categoria profissional

- **Recepção/administrativo:** registro inicial e documentação.
- **Enfermagem:** acolher, avaliar e registrar condições clínicas.
- **Médico:** realizar avaliação inicial e prescrever condutas.

6. Atividades:

- Recepção e conferência de documentos.
- Avaliação clínica inicial e registros.
- Orientações sobre rotinas institucionais.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Paciente acolhido de forma humanizada.
- Dados registrados de forma segura.
- Início imediato do cuidado multiprofissional.

Indicadores de processo

- % de admissões com ficha/Checklist de admissão **100% completa** (identificação, alergias, risco de queda, dor, escala de dependência).
- Tempo mediano da admissão (chegada → conclusão do acolhimento/enfermagem).
- % de pacientes orientados sobre rotinas e direitos na admissão.

Indicadores de Resultado

- Taxa de eventos adversos nas primeiras 24h de internação.
- Satisfação do paciente/familiar com o processo de admissão (NPS/escala Likert).
- % de re-triagens/ajustes de leito por classificação inicial inadequada.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês

Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

Não se aplica.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DA ENFERMAGEM

2.2.2.54. PROTOCOLO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DA ENFERMAGEM

1.Introdução

A passagem de plantão é um momento crítico de comunicação que assegura a continuidade do cuidado, evitando falhas e eventos adversos.

2.Revisão de literatura:

A OMS recomenda protocolos padronizados de comunicação, como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação), para passagem segura de informações (WHO, 2017).

3.Objetivo(s):

Orientar os enfermeiros e técnicos de enfermagem das unidades quanto a realização da passagem de plantão transferindo informações atualizadas sobre os pacientes e sobre a unidade em geral para a equipe que inicia o plantão esteja ciente e assegure a continuidade da assistência prestada.

4.Recursos físicos e materiais

- Quadro de plantão.
- Prontuário do paciente.
- Escala de serviço.

5.Atribuições de cada categoria profissional

- **Enfermeiro:** conduzir e validar passagem de plantão.
- **Técnico de enfermagem:** relatar intercorrências e evoluções.

6.Atividades:

- Atualizar a planilha de passagem de plantão com informações colhidas por todos os profissionais envolvidos na assistência prestada aos pacientes.
- Realizar a passagem de plantão impressa e verbalmente na unidade seguindo o horário estabelecido pela instituição (07hrs e 19hrs).
- Ao receber o plantão tirando todas as dúvidas sobre as informações que estão sendo passadas e transferi-las para a sua equipe de maneira clara e objetiva.
- Evitar que os profissionais recebam as informações da passagem de plantão realizando outras atividades.
- Avaliar o quantitativo de técnicos de enfermagem do plantão para poder liberar os técnicos de enfermagem do plantão anterior.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Continuidade da assistência sem falhas.
- Redução de eventos adversos.
- Equipe informada e organizada.

Indicadores de Processo

- % de passagens de plantão realizadas com checklist/SBAR completo.
- % de leitos com atualização do quadro de sinais/pendências até 30 min do início do turno.
- Duração média da passagem de plantão por unidade/leito.

Indicadores de Resultado

- Nº de falhas de comunicação por 1.000 leitos-dia (eventos reportados).
- Redução de discrepâncias de prescrição/medicação detectadas pós-plantão.
- Taxa de eventos adversos relacionados à comunicação (quedas, perdas de acesso, atrasos críticos).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

- Cabe ao enfermeiro de ambos os turnos liberar os técnicos de enfermagem do plantão anterior apenas quando o quantitativo 50% dos técnicos de enfermagem do plantão vigente tiverem presente.
- A omissão da passagem de plantão além de gerar uma infração ética ao exercício profissional, ainda deixa os profissionais vulneráveis a incorrerem em situações que moralmente, podem interferir sobre o exercício da profissão.
- A não realização da passagem de plantão constitui-se em infração ético-legal.

10.Referências

CARLOS, Ana Maria Martins Carlos. Um novo modo de fazer a passagem de plantão da enfermagem. 2014. 153 p. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Gestão do cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. KURGANT, P. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1998.

-BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização. 2005.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL

2.2.2.55. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL

1.Introdução

A alimentação nasoenteral é utilizada para pacientes com impossibilidade de ingestão oral, garantindo suporte nutricional adequado.

2.Revisão de literatura:

Diretrizes internacionais reforçam a importância da técnica asséptica e da verificação correta da posição da sonda antes da administração (ASPEN, 2018).

3.Objetivo(s):

Elaborar um procedimento padrão para oferecer aporte nutricional e hidratação, através de sonda enteral ou estomas de alimentação, ao paciente incapaz de deglutir ou incapaz de atingir suas necessidades por via oral e que estejam internados nas enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva e em observação na UE.

4.Recursos físicos e materiais

- Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- Bomba de infusão;

- Bolsa de dieta em temperatura ambiente;
- Seringa de 20ml;
- Estetoscópio;
- Equipo de dieta enteral (simples ou para bomba de infusão);
- Luvas de procedimento;
- Pacote de gaze;
- Saco para resíduo;
- Álcool 70%;
- Copo com água;
- Equipamento de proteção individual

5. Atribuições de cada categoria profissional

- Enfermeiro: planejar, supervisionar e avaliar a assistência.
- Técnico de enfermagem: executar cuidados conforme prescrição e protocolos.

6. Atividades:

- Verificar prescrição médica;
- Higienizar as mãos;
- Conferir no rótulo da dieta, o nome do paciente, enfermaria e leito, prontuário, composição, volume total, vazão, temperatura, validade e integridade da embalagem;
- Administrar a dieta em temperatura ambiente imediatamente após o recebimento. Quando for necessário conservar a dieta de sistema aberto na unidade de enfermagem, esta deve ser mantida sob refrigeração por período máximo de 2 horas, em geladeira exclusiva para medicamentos, mantendo-se a temperatura de 2°C a 8°C. As dietas industrializadas sistema fechado, devem permanecer em temperatura ambiente até administração;

- Preencher com dieta a câmara de gotejamento e todo equipo e mantenha protegida sua extremidade com a tampa. Utilizar equipos exclusivos para administração da nutrição enteral com cor e ponta distal diferenciada que não conecta em acessos endovenosos;
- Reunir o material na bandeja e encaminhar ao quarto do paciente colocando sobre a mesa de cabeceira;
- Identificar o paciente com pelo menos dois identificadores (nome completo, data de nascimento, prontuário, nome da mãe);
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Elevar a cabeceira do paciente em pelo menos 30°;
- Verificar a cada 6h o posicionamento correto da sonda em infusão contínua e antes da instalação de cada dieta nas infusões intermitentes;
- Fazer desinfecção do canhão da sonda com álcool a 70%;
- Adaptar o equipo à extremidade da sonda;
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo quando em bomba de infusão;
- Deixar o paciente confortável e observar sinais de intolerância, tais como: vômito, diarreia, náuseas e distensão abdominal;
- Desconectar o equipo do frasco após o término da dieta;
- Lavar a sonda com 20 ml de água a cada 4h durante a alimentação contínua e logo após término da alimentação intermitente;
- Administrar água para hidratação de acordo com a prescrição médica, respeitando a necessidade hídrica do paciente;
- Fechar a sonda e proteger a extremidade de equipo com tampa própria;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume infundido e horário de início da dieta no balanço hídrico, na prescrição médica, na etiqueta da bolsa e na evolução de enfermagem;
- Observar complicações inerentes à terapia, registrando-as e comunicando-as ao médico responsável pelo atendimento ao paciente e ao nutricionista responsável pela clínica;

- Deixar o paciente confortável e com cabeceira elevada durante 30 minutos a 1 hora para prevenir broncoaspiração.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados esperados

- Redução da mortalidade em pacientes críticos.
- Aumento da segurança assistencial.
- Padronização e qualidade no cuidado de enfermagem.

Indicadores de Processo

- % de administrações com **verificação de posicionamento** registrada antes do início.
- % de checagens de integridade do equipo/bomba e higienização conforme protocolo.
- % de cabeceira elevada $\geq 30-45^\circ$ durante infusão (amostragem observacional).

Indicadores de Resultado

- Taxa de pneumonia aspirativa por 1.000 dias de NEE.
- Incidência de diarreia associada à NE e de obstrução de sonda.
- % de metas calóricas/proteicas atingidas em 72h (pacientes críticos e não críticos).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês

Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Na administração de dieta por sistema aberto, o tempo de infusão não deve ultrapassar 3 horas, devendo ser administradas preferencialmente em 2 horas. Nas dietas industrializadas infundidas de forma contínua, deve-se respeitar o prazo do fabricante;
- Não infundir a dieta por bolus (administração rápida por pressão manual e utilização de seringas) devido ao risco de broncoaspiração;
- Em caso de interrupção da dieta, registrar no balanço e nas anotações de enfermagem, a hora da interrupção, o motivo e hora de reinício.

10. Referências

BRUNNER E SUDDART, Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 14 ed. Guanabara Koogan, RJ, 2019.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005 NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007 BRASIL.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 277, de 16 de junho de 2003. Dispõe sobre a ministração de Nutrição Parenteral e Enteral. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2772003_4313.html. Acesso em 28 jun. 2021. BRASIL.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. Regulamento técnico para terapia Nutricional de nutrição enteral. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html. Acesso em 28 jun. 2021.

MATSUBA, C.S.T; SERPA, L.F; CIOSAK, S.I. Terapia nutricional enteral e parenteral: consenso de boas práticas de enfermagem. Comitê de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. São Paulo: Martinari, 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; HALL, A.M.; STOCKERT, P.A. Fundamentos de Enfermagem. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. RIBEIRO, Paulo César. Nutrição. São Paulo: Atheneu, 2015. WAITZBERG, Dan L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 5. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

2.2.2.56. PROTOCOLO DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO

1.Introdução

As rotinas de enfermagem em UTI envolvem práticas padronizadas voltadas ao cuidado integral de pacientes críticos, garantindo segurança, humanização e qualidade assistencial.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que protocolos assistenciais reduzem complicações, tempo de internação e custos hospitalares em UTIs (Rhodes et al., 2017).

3.Objetivo(s):

- Proporcionar às clientes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;
- Reduzir a mortalidade e morbidade nas pacientes de médio e alto risco;
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e os equipamentos mais específicos.

4.Recursos físicos e materiais

- Luvas de procedimentos
- Máscara
- Gorro
- Estetoscópio
- Gaze

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro: planejar, supervisionar e avaliar a assistência.

Técnico de enfermagem: executar cuidados conforme prescrição e protocolos.

6. Atividades:

Segundo a Portaria GM/MS/ n.1884, de 1994, que as UTI são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas.

Caracteriza-se como unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

Uma UTI deve seguir requisitos estabelecidos na RDC 07 de 24 de fevereiro de 2010, Portaria 3432 de 12 de agosto de 1998, RDC/ANVISA nº 50 de fevereiro de 2002, e segundo o Parágrafo único, a infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

b. Ética de enfermagem

Princípios fundamentais do código de ética de enfermagem:

- Comprometimento com a saúde do ser humano e a coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.
- Respeito à vida, dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação.

Unidade de terapia intensiva e a ética em enfermagem

Por se tratar de uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, o profissional de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva – Adulto atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos

serviços de saúde. Procuramos sempre preservar a intimidade das pacientes, ajudando a equipe médica a usar biombos ou fechar portas para não expor os clientes desnecessariamente.

Dentre os artigos do código de ética da enfermagem, destacamos os seguintes:

Art. 1º - Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 15 - Prestar Assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 19 - Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-Morte.

c. Humanização na assistência de enfermagem

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política do SUS, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. Nossa Instituição adota a PNH e a enfermagem como parte do todo está intimamente inserida nesta vertente da assistência de enfermagem baseada na teoria de Autocuidado de Orem.

Há ações específicas da equipe de enfermagem na unidade inerente à humanização da assistência, como melhorias das práticas cuidadoras:

- um cuidado comprometido com a ética,
- o diálogo, a autonomia da paciente,
- o toque terapêutico.

A UTI é considerada como um local altamente agressivo e invasivo, em razão da intensidade das situações, como risco de morte, ausência de controle de iluminação natural, presença de ruídos e uma rotina dinâmica da equipe. É também um setor que utiliza aparelhagens e técnicas terapêuticas sofisticadas para atender pacientes em estado grave. Dentro dessas unidades, alguns fatores devem ser considerados para que a humanização aconteça, tais como:

- Respeitar a privacidade dos pacientes, pois esses não são separados por sexo ou gravidade da doença, levando-os a vivenciar não apenas sua doença, mas o que acontece ao seu redor;

personalizar o atendimento, pois essa assistência individual proporciona maior conhecimento sobre o paciente.

- Compreender a UTI é importante para o paciente e sua família, como etapa fundamental para superação da doença. A equipe é orientada quanto ao respeito à dignidade, estabelecendo e divulgando a humanização nos seus trabalhos.

O paciente em UTI deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psicossocioespirituais. Um importante requisito para a humanização do cuidado é manter a família informada e prepará-la para a visita na UTI, oferecendo informações adequadas, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, sendo que a participação do enfermeiro é fundamental neste momento. Para suportar a difícil situação vivenciada, o familiar necessita de orientações e a visita é o momento que o enfermeiro entra em contato com a família do doente, fornecendo informações e identificando as condições emocionais dos familiares.

d. Ações da enfermagem para o controle da dor na unidade de terapia intensiva - adulto

A enfermagem atua no controle da dor com a mensuração do quinto sinal vital (dor) onde através de uma escala no valor de 0 a 10, a paciente quantifica sua dor. A partir desta mensuração, são tomadas, em conjunto com a equipe multidisciplinar, todas as medidas para que esta dor seja minimizada o máximo possível.

As ações de enfermagem são:

- Administração de terapia medicamentosa para o controle da dor conforme prescrição médica;
- Massagem de conforto;
- Mudança de decúbito;
- Caso seja gestante e relate dor em baixo ventre, é orientada repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Promoção do conforto;
- Toque terapêutico • Comunicação verbal e não verbal com a paciente;
- Minimização do barulho no ambiente;
- Evitar negar a dor;
- Focalização da atenção na paciente;
- Valorização, partilhar a dor;
- Evitar a manipulação excessiva da paciente;

- Ouvir a paciente;
- Explicar o motivo da dor;
- Desviar a atenção da paciente da dor;
- Oferecer apoio psicológico e orientar quanto às medidas tomadas para alívio da dor.

Responsabilidades:

- Assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.
- Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos.
- Responsabilizar-se por faltas cometidas.

Deveres:

- Ser justo, competente, responsável e honesto.
- Prestar assistência sem discriminação.
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem.
- Informar o cliente e familiares adequadamente.
- Respeitar o pudor, privacidade e intimidade do paciente.
- Manter segredo profissional.

7.Resultados esperados e indicadores**Resultados esperados**

- Redução da mortalidade em pacientes críticos.
- Aumento da segurança assistencial.
- Padronização e qualidade no cuidado de enfermagem.

Indicadores de Processo

- Adesão aos bundles: VM (elevação de cabeceira, interrupção sedação, higiene oral), CVC (técnica asséptica, curativo, avaliação diária), UR (circuito fechado, higiene).
- % de dupla checagem de drogas vasoativas e eletrólitos de alto risco.
- % de reavaliação de dor/sedação/delirium conforme periodicidade.

Indicadores de Resultado

- Taxas por 1.000 dispositivos-dia: PAV/PNAV, CRBSI (CVC), ITU associada a sonda.
- Incidência de úlcera por pressão por 1.000 pacientes-dia.
- Tempo de VM, permanência na UTI e mortalidade padronizada (SMR).

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

- 1 - GIMENES, O.M.P.V. Que dor é essa? A dor no parto e seus segredos – Uma reflexão. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2007. Cap.11, p. 213-225.
- 2- PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto contexto enferm. (on line), Florianópolis, v.15, n.2, abr/jun. 2006. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>. Data do acesso: 21/11/2011.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SALA DE MEDICAÇÃO

2.2.2.57. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SALA DE MEDICAÇÃO

1.Introdução

A sala de medicação é um espaço destinado ao preparo, acondicionamento temporário e administração de medicamentos aos pacientes. Trata-se de um ambiente crítico no processo assistencial, pois erros nessa etapa podem comprometer a segurança do paciente e resultar em eventos adversos graves.

A padronização de rotinas, a organização do ambiente e a adesão a normas técnicas são fundamentais para garantir qualidade, reduzir riscos e assegurar práticas seguras de enfermagem.

2.Revisão de literatura:

De acordo com a **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e a **Joint Commission International (JCI)**, falhas no processo de medicação estão entre os eventos adversos mais frequentes em serviços de saúde. No Brasil, a **RDC nº 50/2002 (ANVISA)** estabelece requisitos mínimos para ambientes de assistência, incluindo a sala de medicação. Já a **RDC nº 36/2013** reforça a necessidade de protocolos de segurança do paciente relacionados ao uso de medicamentos.

Estudos apontam que fatores como iluminação inadequada, armazenamento incorreto, interrupções durante o preparo e ausência de conferência aumentam significativamente a ocorrência de erros. A implementação de protocolos de enfermagem, checklists, sinalizações e

treinamentos periódicos contribui para a redução de falhas e para o fortalecimento da cultura de segurança.

3.Objetivo(s):

Finalidade de administração de medicamentos e observação rápidas no setor da urgência e emergência.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Luvas de procedimentos
- Máscara
- Gorro
- Gaze
- Material específico para o procedimento em questão

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Supervisionar a organização e higienização da sala de medicação.
- Garantir que todos os medicamentos estejam identificados, dentro da validade e armazenados de forma adequada.
- Realizar prescrição de enfermagem relacionada à administração segura.
- Capacitar e treinar a equipe de enfermagem em protocolos de medicação segura.
- Monitorar indicadores de erros de preparo e administração.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Preparar medicamentos conforme prescrição médica, seguindo protocolos de segurança.
- Realizar a dupla checagem, observando os **5 certos da medicação** (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e horário certo).

- Notificar inconformidades (ex.: ausência de medicamento, alteração de cor ou validade expirada).
- Registrar de forma adequada a administração no prontuário do paciente.

Médicos:

- Prescrever medicamentos de forma clara, legível e sem abreviaturas não padronizadas.
- Orientar a equipe de enfermagem em situações específicas, como diluições especiais e medicações de alto risco.

Farmacêuticos (quando disponíveis):

- Garantir fornecimento adequado e armazenamento correto de medicamentos.
- Apoiar a equipe na orientação sobre diluição, preparo e possíveis interações medicamentosas.

Gestores e coordenação assistencial:

- Garantir infraestrutura adequada da sala de medicação (iluminação, ventilação, insumos).
- Promover treinamentos periódicos em segurança do paciente e uso de medicamentos.
- Monitorar notificações de erros de medicação e implementar melhorias.

6. Atividades:**Normas de enfermagem para sala de medicação**

1. O técnico desenvolve as ações de administração de medicações e observação, sob responsabilidade e supervisão do enfermeiro.
2. Todo paciente atendido deve estar obrigatoriamente com prontuário.
3. Em caso de pacientes com prescrições parenterais ambulatoriais, deve ficar uma cópia da prescrição anexa ao prontuário.
4. A dispensação de medicação fica a cargo do responsável plantonista pela farmácia.

5. Todos os registros deverão ser escritos com caneta azul ou preta, com letra legível, de modo claro e conciso, sem rasuras, utilizando apenas abreviaturas padronizadas e deverão ser assinados e não rubricados.

ROTINAS DE ENFERMAGEM PARA SALA DE MEDICAÇÃO

Nº	ROTINA	EXECUTANTE
1	Receber o plantão do técnico de enfermagem do turno anterior	Téc. Enf.
2	Realizar limpeza concorrente e organização da sala.	Téc. Enf.
3	Realizar o check-list.	Téc. Enf.
4	Realizar contagem do estoque de medicamentos e materiais solicitando a reposição quando necessário.	Téc. Enf.
5	Receber material de reposição em horário estabelecido pela coordenação administrativa organizando-os adequadamente.	Téc. Enf.
6	Atender o paciente de forma cordial.	Téc. Enf.
7	Organizar os prontuários em espera.	Téc. Enf.
8	O paciente admitido no setor será atendido integralmente pelo mesmo técnico até sua liberação.	Téc. Enf.
a	A distribuição de pacientes entre os profissionais técnicos deve ser equânime.	Téc. Enf.
9	Preparar e administrar a medicação conforme prescrição de acordo com o POP adotado pela unidade.	Téc. Enf.
10	Após a administração do medicamento observar o paciente por pelo menos 30 minutos e se não houver intercorrências libera-lo conforme prescrição médica.	Téc. Enf.
11	Nos casos de nebulização acomodar o paciente na SOR antes do preparo da medicação.	Téc. Enf.
a	Nas nebulizações atentar continuamente para a observação do quadro clínico do paciente.	Téc. Enf.
b	Após a realização da nebulização deixar máscaras e conexões imersos em solução saneante de acordo com a orientação da coordenação de enfermagem.	Téc. Enf.

12	Registrar os dados no prontuário de forma clara e precisa com termos técnico-científicos adequados.	Téc. Enf.
13	Em caso de intercorrências com o paciente, deve ser comunicado ao enfermeiro da OP que deverá acompanhar o paciente até a SE, comunicando à equipe do setor sobre o caso.	Téc. Enf.
14	Registrar os dados do paciente e procedimento no livro de registro da sala de medicação.	Téc. Enf.
15	Registrar a produção de procedimentos de acordo com a orientação administrativa	Téc. Enf.
16	Realizar relatório do plantão do setor em livro especificado pela coordenação de enfermagem.	Téc. Enf.
17	Realizar check-list para a passagem do plantão	Téc. Enf.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução dos erros relacionados ao preparo e administração de medicamentos.
- Maior organização e padronização da sala de medicação.
- Melhoria da segurança e qualidade no processo de administração de medicamentos.
- Maior adesão da equipe de enfermagem aos protocolos institucionais.
- Aumento da confiança dos pacientes na assistência recebida.

Indicadores

- **Taxa de erros de medicação (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de erros notificados} \div \text{Total de doses administradas}) \times 100$.
- **Percentual de adesão aos 5 certos (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de administrações com checagem correta} \div \text{Total de administrações observadas}) \times 100$.
- **Taxa de conformidade no armazenamento de medicamentos (%)**

- Fórmula: (Número de itens corretos no armazenamento ÷ Total de itens avaliados) × 100.
- **Percentual de profissionais capacitados em protocolos de sala de medicação (%)**
- Fórmula: (Número de profissionais capacitados ÷ Total de profissionais da unidade) × 100.
- **Número de notificações de incidentes evitados (near miss) – monitorado mensalmente.**

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

1. - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SALA DE SUTURA E PROCEDIMENTOS

2.2.2.58. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SALA DE SUTURA E PROCEDIMENTOS

1.Introdução

A sala de sutura e procedimentos é um ambiente destinado à realização de atendimentos técnicos de baixa e média complexidade, como suturas, curativos complexos, drenagens, pequenas biópsias, retirada de corpos estranhos, entre outros.

Por ser um espaço onde há maior risco de exposição a material biológico, contaminações cruzadas e complicações imediatas, torna-se imprescindível a padronização de rotinas assistenciais e de biossegurança, garantindo a segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

2.Revisão de literatura:

A **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, por meio da **RDC nº 50/2002**, estabelece os requisitos físicos e estruturais para ambientes destinados a procedimentos ambulatoriais. A **RDC nº 36/2013** reforça a necessidade de adoção de protocolos de segurança do paciente, enquanto a **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)** orienta sobre medidas de proteção contra riscos biológicos.

Estudos apontam que a ocorrência de infecções em feridas suturadas ou manipuladas em ambiente inadequado pode chegar a 10% dos casos, mas esse índice cai significativamente quando há infraestrutura adequada, adesão à higiene das mãos, uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI) e protocolos bem definidos.

A literatura também evidencia a importância da **checagem de materiais estéreis, registro sistematizado dos procedimentos e monitoramento de complicações** como elementos fundamentais para qualidade assistencial.

3.Objetivo(s):

Instruções técnicas e organizacional para a assistência de enfermagem na sala de curativo.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Luvas de procedimentos
- Máscara
- Gorro
- Gaze
- Material específico para o procedimento em questão

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Avaliar a indicação do procedimento de enfermagem conforme protocolos institucionais e respaldo legal (COFEN).
- Realizar suturas simples e procedimentos privativos de acordo com a legislação profissional.
- Supervisionar a equipe técnica e garantir a manutenção da assepsia e biossegurança.
- Registrar de forma completa o procedimento no prontuário do paciente.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Preparar o ambiente, materiais e instrumentos estéreis necessários.
- Auxiliar o enfermeiro ou médico durante o procedimento.
- Manter a limpeza, organização e reposição da sala de sutura.
- Orientar o paciente sobre cuidados pós-procedimento.

Médicos:

- Executar suturas complexas, biópsias, drenagens ou outros procedimentos que extrapolem as competências da enfermagem.
- Prescrever terapias complementares (antibióticos, analgésicos, exames).
- Garantir a comunicação com a equipe multiprofissional sobre condutas clínicas.

Equipe de Apoio (limpeza e manutenção):

- Realizar a higienização adequada do ambiente antes e após cada procedimento.
- Notificar intercorrências estruturais (iluminação, mobiliário, ar-condicionado).

Gestores e coordenação assistencial:

- Garantir a estrutura física adequada e insumos necessários.
- Promover capacitação periódica em protocolos de biossegurança e assistência segura.
- Monitorar indicadores e implementar melhorias conforme resultados.

6. Atividades:**A rotina de uma sala de curativos inclui:**

Organizar a sala e repor o material necessário

Conferir a funcionalidade dos equipamentos e materiais

Verificar a validade dos medicamentos e materiais

Anotar a data e o profissional que realizou a limpeza

Remover o lixo, roupas sujas e material usado para os locais devidos

Limpar a sala com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo

Descartar os itens retirados do curativo anterior e os materiais descartáveis em um saco plástico

Higienizar e esterilizar os objetos como tesoura e pinça

Alguns procedimentos que devem ser seguidos na sala de curativos são:

Receber o paciente de forma cordial

Explicar o procedimento

Manter o paciente em uma posição confortável

Lavar as mãos

Preparar o material para o curativo

Avaliar a ferida

Proteger a úlcera com gaze ou compressa antes de aplicar a atadura

Não apertar a atadura

Iniciar o enfaixamento do distal para o proximal

Observar sinais de restrição circulatória

Trocar o curativo convencional diariamente

Normas de enfermagem para sala de sutura

1. O técnico de enfermagem desenvolve as ações sob responsabilidade e supervisão do enfermeiro da SE de plantão.
2. O técnico de enfermagem da sala de sutura é responsável pela organização de pacientes e acompanhantes na sala de espera.
3. No horário de repouso, o técnico de enfermagem da Sala de sutura fará revezamento com o colega que está atuando na Central de Material e Esterilização (CME), devendo este permanecer no setor.
4. Todos os registros deverão ser escritos com caneta azul ou preta, com letra legível, de modo claro e conciso, sem rasuras, utilizando apenas abreviaturas padronizadas e deverão ser assinados e não rubricados.

ROTINAS DE ENFERMAGEM PARA SALA DE SUTURA

Nº	ROTINA	EXECUTANTE
1	Receber o plantão do técnico de enfermagem do turno anterior	Téc. Enf.
2	Realizar limpeza concorrente e organização da sala.	Téc. Enf.
3	Realizar o check-list.	Téc. Enf.
4	Solicitar e buscar materiais na CME às 08:00 e às 17:30 horas	Téc. Enf.
	a) Em casos extraordinários, pode-se recorrer à CME para a reposição de material.	Téc. Enf.
5	Testar o funcionamento de focos, bisturi elétrico e outros equipamentos no início de cada plantão.	Téc. Enf.
6	Receber material de reposição em horário estabelecido pela coordenação administrativa.	Téc. Enf.
7	Organizar os prontuários em espera.	Téc. Enf.
8	Os pacientes com sangramento ativo poderão ser encaminhados diretamente à sala de sutura, para procedimentos de hemostasia. Após enfermeiro deverá fazer a classificação de risco.	Enfermeiro Téc. Enf.
9	Nos casos com sangramento controlado em que o enfermeiro da CR entender como não urgente (verdes, azuis), o paciente aguardará na sala de espera e o técnico de enfermagem da CR	Téc. Enf.

10	Atender o paciente de forma cordial.	Téc. Enf.
11	Auxiliar o médico na montagem da mesa para o procedimento obedecendo a técnica asséptica	Téc. Enf.
12	Posicionar o paciente na maca de acordo com a orientação médica.	Téc. Enf.
13	Realizar/auxiliar limpeza do ferimento ou local do procedimento de acordo com a orientação médica.	Téc. Enf.
14	Disponer de materiais e medicamentos durante o tratamento de acordo com a solicitação médica em caráter auxiliar.	Téc. Enf.
15	Após o procedimento deixar instrumentais imersos em solução saneante de acordo com a orientação da coordenação de enfermagem	Téc. Enf.
16	Casos de intercorrências deverão ser comunicado ao enfermeiro da SE.	Téc. Enf.
17	Após o procedimento acionar equipe de limpeza caso haja necessidade antes de chamar pelo próximo paciente.	Téc. Enf.
18	Registrar os dados no prontuário de forma clara e precisa com termos técnico-científicos adequados.	Téc. Enf.
19	Registrar os dados do paciente e procedimento no livro de registro da sala de sutura.	Téc. Enf.
20	Registrar a produção de procedimentos de acordo com a orientação administrativa	Téc. Enf.
21	Sempre que possível levar instrumentais para o expurgo evitando o acúmulo no setor.	Téc. Enf.
22	Realizar limpeza da geladeira toda quarta-feira pela manhã armazenando medicações em caixa térmica durante o procedimento.	Téc. Enf.
23	Realizar relatório do plantão do setor em livro especificado pela coordenação de enfermagem.	Téc. Enf.
24	Anotar no Livro de Registro de Pacientes todas as transferências de pacientes para outras unidades.	Téc. Enf.
25	Realizar check-list para a passagem do plantão	Téc. Enf.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de riscos de infecção e complicações pós-procedimento.

- Organização e padronização do ambiente de sutura e pequenos procedimentos.
- Maior segurança e qualidade na assistência prestada ao paciente.
- Fortalecimento da adesão às normas de biossegurança.
- Engajamento da equipe multiprofissional em práticas seguras.

Indicadores

- **Taxa de infecção em feridas suturadas (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de infecções registradas} \div \text{Total de procedimentos realizados}) \times 100$.
- **Taxa de conformidade na checagem de materiais estéreis (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de procedimentos com checagem adequada} \div \text{Total de procedimentos observados}) \times 100$.
- **Percentual de adesão à higiene das mãos e uso de EPI na sala de sutura (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de procedimentos realizados com adesão completa} \div \text{Total de procedimentos observados}) \times 100$.
- **Número de incidentes notificados na sala de sutura (mensal).**
- **Percentual de profissionais capacitados em protocolos da sala de sutura (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de profissionais capacitados} \div \text{Total de profissionais da unidade}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de	NEP	Protocolo e	Inclusão no Plano anual de	1º mês

Treinamento (PAT)		Cronograma de Treinamento	Treinamento	
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

COREN SP. Anotação de Enfermagem, COREN SP, Setembro de 2022.

RESOLUÇÃO – RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. Boas práticas para o processamento de produtos para a saúde. [Internet]. 2020. Brasília-DF. Acesso em: 23 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/agenda-regulatoria/2017-2020/temas/servicosdesaude/arquivos/15-3.pdf>

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

2.2.2.59. PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

1.Introdução

A limpeza e desinfecção de superfícies são etapas essenciais na prevenção e controle das **Infeções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**. Superfícies contaminadas podem atuar como reservatórios e veículos de microrganismos, favorecendo a transmissão cruzada entre pacientes, profissionais e visitantes.

Esse protocolo visa padronizar práticas de higienização, garantindo qualidade, segurança e efetividade no cuidado prestado, além de atender às normas da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)** e às recomendações internacionais de biossegurança.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que microrganismos como *Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA)*, *Clostridioides difficile* e *Acinetobacter baumannii* podem sobreviver em superfícies por longos períodos, aumentando o risco de surtos hospitalares. A **ANVISA (RDC nº 222/2018 e RDC nº 50/2002)**, juntamente com o **CDC (Centers for Disease Control and Prevention)** e a **OMS**, recomenda a implementação de rotinas padronizadas de limpeza e desinfecção, incluindo:

- Definição de áreas críticas, semicríticas e não críticas.
- Uso de produtos adequados (detergentes, desinfetantes hospitalares e soluções alcoólicas a 70%).

- Treinamento contínuo da equipe de higienização e assistência.
- Auditoria e monitoramento por indicadores de qualidade.

A literatura também demonstra que a combinação de **protocolos claros, supervisão eficaz e disponibilidade de insumos** aumenta a adesão e a efetividade da prática, reduzindo significativamente a taxa de IRAS.

3.Objetivo(s):

Orientar os colaboradores sobre as normas de limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas, com a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, e evitando a disseminação de micro-organismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

4.RecursoS físicos e materiais (se houver)

Material sanitizante e/ou lenços umedecidos para desinfecção hospitalar

5.Atribuições de cada categoria profissional

Equipe de Higienização:

- Executar limpeza concorrente (durante a assistência) e terminal (após alta, óbito ou transferência).
- Utilizar produtos adequados conforme padronização institucional.
- Cumprir o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
- Notificar falhas estruturais (piso, paredes, mobiliário).

Enfermeiros:

- Supervisionar as práticas de limpeza e desinfecção em sua unidade.
- Garantir a segregação correta de superfícies críticas e semicríticas.

- Notificar inconformidades e orientar equipe de higienização.
- Atuar junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Apoiar na organização do ambiente antes e após os procedimentos.
- Notificar à equipe de higienização quando houver necessidade imediata de limpeza.

Médicos e demais profissionais de saúde:

- Manter a organização dos ambientes de trabalho, evitando a contaminação de superfícies.
- Comunicar intercorrências que possam comprometer a segurança ambiental.

Gestores e Coordenação Assistencial:

- Garantir infraestrutura, insumos e produtos adequados para limpeza e desinfecção.
- Promover capacitação periódica da equipe de higienização.
- Monitorar indicadores de qualidade e segurança do ambiente.

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- Elaborar protocolos e revisar periodicamente as normas de higienização.
- Acompanhar indicadores de IRAS relacionados ao ambiente.
- Realizar auditorias e propor melhorias contínuas.

6. Atividades:

✓ As superfícies em serviços de saúde compreendem mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho de condicionador de ar, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros. O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde que, compreende o

Serviço de Higienização e outras equipes, especialmente a Equipe de Enfermagem, deve contribuir para prevenir a deterioração de superfícies, objetos e materiais, promovendo conforto e segurança aos pacientes, acompanhantes e funcionários, por intermédio de um meio limpo. Deve também considerar a importância de manter as superfícies limpas (diminuindo o número de microrganismos dessas) com otimização de custos.

✓ Ação:

- LIMPEZA

A limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes), com água e sabão, em um determinado período. Independentemente da área a ser higienizada, o importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a passagem de panos úmidos para espalhar a sujidade. A escolha das técnicas de limpeza e desinfecção está diretamente relacionada ao tipo de superfície a ser limpa e desinfetada, a quantidade e o tipo de matéria orgânica presente.

Processos de Limpeza de Superfícies

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e limpeza terminal.

Limpeza Concorrente: É o procedimento de limpeza realizado diariamente, em todas as unidades do hospital com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e álcool em gel) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias. Ressaltamos que a unidade de internação do paciente é composta por cama, mesa de cabeceira, painel de gases, suporte de soro, mesa de refeição, cesto para lixo e outros mobiliários que podem ser utilizados durante a assistência prestada ao paciente. A limpeza da unidade de internação do paciente deve ser feita diariamente ou sempre que necessária, antecedendo a limpeza concorrente de pisos. Merece maior atenção, a limpeza das superfícies horizontais que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, bombas de infusão, monitores, campainha e outras. Cabe ressaltar que, cabe a equipe de enfermagem, a limpeza e desinfecção dos mobiliários e equipamentos que estão em uso pelo paciente, ficando o profissional da higienização responsável pela limpeza da estrutura física do ambiente (pisos, sanitários, parapeitos de janelas, maçanetas, campainhas, interruptores, dispensadores de parede, etc).

Limpeza Terminal: Trata-se de uma limpeza mais completa, utilizando-se de água e sabão (solução detergente), incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas.

Deve ser realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração.

Para este procedimento, deve-se primeiramente retirar do leito todos os materiais, insumos e pertences do paciente, para que a limpeza possa ser realizada interna e externamente, de forma eficaz. É importante que o impresso de realização da limpeza terminal seja preenchido por parte da chefia do setor. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, painel de gases, equipamentos, todos os mobiliários como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, luminárias e grades de ar-condicionado. A desinfecção dos mobiliários e equipamentos deve ser realizada com álcool a 70% ou solução à base de biguanida, mantendo o registro da desinfecção com data e nome do profissional na lateral do mesmo. Nas UTI's deve ser priorizado o uso de solução à base de biguanida nos equipamentos, e de álcool a 70% nos mobiliários. As paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional. Lavar sempre com água e sabão as paredes com azulejo. As paredes sem azulejo (pintadas) devem ser lavadas sempre que houver presença de sujidade visível ou matéria orgânica. Quando estiverem visivelmente limpas, proceder à limpeza com pano umedecido e rodo (varredura úmida da parede), utilizando-se solução desinfetante quando necessário (presença de matéria orgânica, isolamentos). A limpeza terminal de postos de enfermagem, expurgos, salas de medicações, depósitos de material de limpeza (DML) e salas de utilidades devem ser realizadas conforme frequência determinada pela criticidade do ambiente, e de acordo com rotina preestabelecida pelo Serviço de Higienização e Hotelaria. Ao final da limpeza deve-se utilizar solução de hipoclorito ou biguanida nas áreas mais expostas à contaminação (pias, tanques, expurgo e DML) e solução de álcool a 70% nas bancadas, torneiras, equipamentos e mobiliários.

Atribuições que NÃO competem ao profissional do Serviço de Higienização:

- Recolhimento de perfurocortantes de locais inadequados, como por exemplo, leitos de pacientes, pisos, bancadas e outros. De acordo com a NR 32 (BRASIL, 2005), devem ser responsabilizados pelo descarte de perfurocortantes, somente os trabalhadores que os utilizarem, estando, portanto, os profissionais de higienização isentos dessa responsabilidade.
- Fechamento de coletores de perfurocortantes. O fechamento de coletores está sob a responsabilidade de quem manipula e descarta os perfurocortantes, geralmente sendo atribuídas à equipe de enfermagem, não cabendo essa tarefa à equipe de higienização.
- Retirada de materiais ou equipamentos provenientes da assistência ao paciente nos quartos, enfermarias ou qualquer outra unidade, antes de realizar a limpeza, seja concorrente ou terminal. São exemplos: bolsas ou frascos de soro, equipos, bombas de infusão, comadres,

papagaios, recipientes de drenagens e outros. Essas tarefas cabem à equipe de enfermagem, já que são materiais relacionados à assistência ao paciente.

- Limpeza de equipamentos. Esta atribuição é conferida aos profissionais que manipulam o equipamento, geralmente a equipe de enfermagem.
- Limpeza de mobiliários e materiais que estão em uso no paciente, devendo também ser realizada pela equipe de enfermagem

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução da carga microbiana em superfícies hospitalares.
- Diminuição da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- Padronização de rotinas de higienização em toda a instituição.
- Maior adesão da equipe multiprofissional às normas de biossegurança.
- Fortalecimento da cultura de segurança e qualidade assistencial.

Indicadores

- **Taxa de conformidade na limpeza concorrente (%)**
 - Fórmula: $(\text{Número de procedimentos de limpeza concorrente realizados corretamente} \div \text{Total de observações realizadas}) \times 100$.
- **Taxa de conformidade na limpeza terminal (%)**
 - Fórmula: $(\text{Número de procedimentos de limpeza terminal realizados corretamente} \div \text{Total de observações realizadas}) \times 100$.
- **Taxa de falhas na disponibilidade de insumos (%)**
 - Fórmula: $(\text{Número de registros de falta de insumos} \div \text{Total de inspeções realizadas}) \times 100$.
- **Taxa de IRAS associadas a falhas na higienização ambiental (%)**
 - Fórmula: $(\text{Número de IRAS relacionadas ao ambiente} \div \text{Total de IRAS registradas}) \times 100$.

- **Percentual de profissionais capacitados em protocolos de limpeza (%)**
- Fórmula: (Número de profissionais treinados ÷ Total da equipe de higienização) × 100.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

Segurança do Paciente em Serviço de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. ANVISA: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. ANVISA: 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portaria 485/2005 que aprova NR 32 sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: MTRS, 2005.

FERREIRA, A. M.; et al. Avaliação da desinfecção de superfícies hospitalares por diferentes métodos de monitoramento. Revista Latino Americana de Enfermagem, 23(3):466-74, maio-jun. 2015.

SEHULSTER, L.; CHINN, R. Y. W. Guidelines for environmental infection control Health-Care facilities. Centers for Disease Control and Preventing, Jun. 2003

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – ADMISSÃO DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO

2.2.2.60. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – ADMISSÃO DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO

1.Introdução

A admissão do paciente em centro cirúrgico é um processo crítico que exige acolhimento, preparo e checagem rigorosa de informações para garantir segurança e qualidade no cuidado. Esta etapa é essencial para prevenir eventos adversos, como cirurgias em local incorreto, administração inadequada de medicações, complicações decorrentes de jejum insuficiente ou falhas na avaliação clínica pré-operatória. O protocolo visa padronizar as práticas da equipe de enfermagem, assegurando comunicação efetiva e integrando-se às metas internacionais de segurança do paciente.

2.Revisão de literatura:

A literatura nacional e internacional destaca que falhas na admissão em centro cirúrgico estão entre as principais causas de atrasos e cancelamentos cirúrgicos, além de eventos adversos evitáveis. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, por meio da campanha *Cirurgia Segura Salva Vidas*, reforça a importância da conferência de dados, preparo do paciente e aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

No Brasil, a **RDC nº 36/2013 da ANVISA** e os protocolos do **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** estabelecem diretrizes para assegurar a segurança do paciente durante o processo cirúrgico. Estudos evidenciam que o acolhimento humanizado, associado ao uso de checklists estruturados, reduz complicações e aumenta a satisfação do paciente e da família.

3.Objetivo(s):

Esclarecer a equipe de enfermagem, quanto à receptividade do usuário no centro cirúrgico.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Higienização das Mãos;
- Termo de Ciência e Consentimento em Procedimento Cirúrgico;
- Aviso Cirúrgico;
- Prescrição Médica;
- Evolução Médica;
- Risco Cirúrgico;
- Avaliação Pré-Anestésica;
- Termo de Ciência de Consentimento para Anestesia ou Sedação.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Realizar acolhimento inicial com escuta qualificada.
- Conferir documentação, pulseira de identificação e exames complementares.
- Aplicar checklist de admissão cirúrgica (jejum, alergias, próteses, medicações em uso, preparo de pele).
- Avaliar condições clínicas e psicoemocionais do paciente.
- Orientar paciente e familiares sobre rotinas do centro cirúrgico.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Auxiliar no transporte seguro do paciente até a sala de admissão.

- Conferir sinais vitais, integridade da pele e dispositivos em uso (cateteres, sondas, acesso venoso).
- Garantir retirada de adornos, próteses e objetos pessoais.
- Apoiar o enfermeiro no preparo do paciente para o procedimento.

Médicos (cirurgiões e anesthesiologists):

- Reavaliar condições clínicas antes da cirurgia.
- Confirmar dados de identificação, local e procedimento cirúrgico.
- Esclarecer dúvidas do paciente e da família sobre o ato cirúrgico.

Equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, quando envolvidos):

- Apoiar na redução da ansiedade do paciente.
- Avaliar demandas sociais e familiares que possam impactar o cuidado perioperatório.

Gestores e coordenação assistencial:

- Assegurar protocolos institucionais atualizados de admissão cirúrgica.
- Promover capacitação contínua da equipe em segurança do paciente.
- Monitorar indicadores de adesão e efetividade do protocolo.

6. Atividades:**DESCRIPTIVO PASSO A PASSO**

- Receber o usuário com cordialidade, realizar a identificação na pulseira de identificação e conferência junto com paciente e acompanhante;
- Verificar o prontuário e o estado atual do usuário junto com o colaborador que acompanhou o transporte do usuário, realizar essa verificação do checklist de documentos cirúrgicos e na SAEP;
- Verificar se o usuário está com a documentação completa do pré-operatório (Aviso cirúrgico; Termo de Ciência e Consentimento para Procedimento Cirúrgico; Avaliação Pré-anestésica;

Termo de Ciência de Consentimento para Anestesia ou Sedação; Risco Cirúrgico, Exames laboratoriais e de Imagem);

- Manter um diálogo tranquilo com o usuário e orientá-lo sobre o procedimento que será realizado;
- Garantir que o usuário tenha retirado toda a vestimenta externa, próteses móveis, unhas postiças, cílios pósticos e adornos em geral;
- Verificar se o usuário está com touca e bata privativa do setor;
- Verificar o uso de marcapasso e outros dispositivos implantados, caso haja, informar ao médico cirurgião e anestesista;
- Verificar alergias conhecidas (medicamentosa, alimentar e a produtos). Caso positivo manter a equipe em alerta e informar o Anestesista;
- Realizar a identificação do usuário na placa do leito do IA;
- Permitir e orientar 1 (um) acompanhante para menores de 17 anos, idosos >70 anos, deficientes visuais e auditivos, usuários que não respondem pelas suas faculdades mentais, a ficarem com o usuário na IA até ser encaminhado para a sala cirúrgica;
- Verificar os sinais vitais e realizar o registro na SAEP. Caso haja alguma alteração informar a enfermeiro e o anestesista responsáveis;
- Manter o usuário aquecido e protegido até a transferência para a sala cirúrgica;
- Transferir o usuário da maca para o leito do IA até a transferência para a sala cirúrgica;
- Solicitar avaliação do anestesista antes de encaminhar o usuário para a sala cirúrgica;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional;
- Aguardar a solicitação de transferência do usuário para a sala cirúrgica mediante a autorização do enfermeiro (a) responsável.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia de que o paciente correto seja submetido ao procedimento cirúrgico correto.
- Redução de atrasos e cancelamentos cirúrgicos por falhas de admissão.
- Maior segurança clínica e emocional do paciente antes da cirurgia.

- Melhoria na comunicação entre equipe, paciente e familiares.
- Fortalecimento da cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

Indicadores

- **Percentual de pacientes admitidos com checklist completo (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de admissões com checklist realizado} \div \text{Total de admissões avaliadas}) \times 100$.
- **Taxa de cancelamentos cirúrgicos por falhas de admissão (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de cirurgias canceladas por falhas na admissão} \div \text{Total de cirurgias programadas}) \times 100$.
- **Percentual de pacientes admitidos com identificação correta (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de pacientes com pulseira/dados corretos} \div \text{Total de pacientes admitidos}) \times 100$.
- **Tempo médio de admissão do paciente (em minutos).**
- **Percentual de profissionais capacitados em protocolo de admissão cirúrgica (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de profissionais capacitados} \div \text{Total de profissionais da unidade}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

GRAZZIANO, E.S. [et.al]. Enfermagem perioperatória e cirurgia segura. 1ª ed. São Paulo; Yendis, 2016.

POSSARI, J.F. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5ª ed. São Paulo: Iátria, 2011.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – SAEP EM CC

2.2.2.61. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – SAEP EM CC

1.Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) constitui-se em um processo metodológico que organiza o cuidado de enfermagem em todas as etapas cirúrgicas — pré, trans e pós-operatório imediato. Sua aplicação no Centro Cirúrgico (CC) garante a integralidade do cuidado, a segurança do paciente e a valorização do trabalho do enfermeiro, conforme estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A implantação da SAEP possibilita a padronização das condutas, a prevenção de eventos adversos e o fortalecimento da comunicação multiprofissional, assegurando que o paciente seja assistido de maneira holística e humanizada.

2.Revisão de literatura:

A Resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a obrigatoriedade do Processo de Enfermagem, reforçando sua aplicação em todos os cenários de prática, incluindo o perioperatório.

Estudos apontam que a SAEP favorece a redução de riscos cirúrgicos, a prevenção de complicações (úlceras por pressão, infecções, eventos adversos relacionados a posicionamento e anestesia), além de impactar na satisfação do paciente e da equipe de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a implementação de protocolos assistenciais, como o checklist de cirurgia segura aliado à SAEP, reduz complicações cirúrgicas em até 30% e contribui para uma assistência segura e baseada em evidências.

3.Objetivo(s):

- Padronizar a assistência de enfermagem perioperatória no CC por meio da SAEP.
- garantir segurança e qualidade da assistência ao paciente cirúrgico.
- Promover a comunicação efetiva entre os membros da equipe multiprofissional.
- Cumprir os requisitos éticos e legais da prática de enfermagem.

4.Recursos físicos e materiais

- Prontuário físico ou eletrônico para registro da SAEP.
- Formulários de histórico e evolução de enfermagem.
- Checklist de cirurgia segura (OMS/ANVISA).
- Materiais de monitorização multiparamétrica.
- Equipamentos de proteção individual (EPI).
- Macas e camas cirúrgicas ajustáveis para posicionamento.
- Estruturas de apoio para transporte intra-hospitalar.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro

- Realizar a coleta do histórico de enfermagem perioperatório.
- Elaborar diagnósticos, planejamento, prescrição e evolução de enfermagem.
- Supervisionar a implementação das intervenções.
- Garantir a execução da SAEP e o registro no prontuário.
- Liderar e orientar a equipe de enfermagem no CC.

Técnico de Enfermagem

- Executar as ações prescritas pelo enfermeiro, garantindo o cumprimento da SAEP.
- Auxiliar no preparo do paciente e da sala cirúrgica.
- Realizar cuidados de higiene, posicionamento e transporte do paciente.
- Comunicar intercorrências ao enfermeiro.

Equipe Multiprofissional (apoio)

- Seguir protocolos assistenciais integrados (médico, anestesista, instrumentador).
- Interagir com a equipe de enfermagem na execução das condutas de segurança do paciente.

6. Atividades:**○ Pré-operatório**

- Realizar entrevista de enfermagem e coleta do histórico.
- Identificar riscos (alergias, comorbidades, uso de próteses).
- Garantir preparo adequado (jejum, higiene, retirada de adornos).
- Orientar o paciente e familiares sobre o procedimento.

○ Transoperatório

- Conferir checklist de cirurgia segura.
- Monitorar sinais vitais durante o ato cirúrgico.
- Assegurar posicionamento adequado e prevenção de lesões.
- Manter registros em tempo real no prontuário.

• Pós-operatório Imediato

- Avaliar condições clínicas (consciência, dor, drenos, curativos).
- Registrar evolução de enfermagem.

- Garantir transporte seguro à unidade de destino.
- Comunicar intercorrências à equipe multiprofissional.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Assistência de enfermagem padronizada e documentada no CC.
- Redução de riscos e complicações cirúrgicas.
- Maior segurança do paciente e da equipe.
- Comunicação eficiente entre a equipe multiprofissional.
- Satisfação do paciente e familiares quanto à assistência recebida.

Indicadores

- Taxa de preenchimento completo da SAEP (%).
- Número de complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico.
- Taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura.
- Número de eventos adversos evitáveis no perioperatório.
- Satisfação do paciente e familiares (pesquisa de experiência).

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês

Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO, 2009.

SILVA, R. M.; SOARES, M. I.; LOPES, J. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: evidências e práticas. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

2.2.2.62. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

1.Introdução

A paramentação e desparamentação cirúrgica são práticas fundamentais para a manutenção da **asepsia no centro cirúrgico**, garantindo a proteção do paciente e da equipe contra riscos de infecção e contaminação cruzada. A correta utilização das barreiras de proteção (luvas estéreis, máscaras, gorros, aventais e óculos) assegura condições seguras para a realização de procedimentos invasivos e contribui para a redução das **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**.

Este protocolo estabelece orientações padronizadas para o processo de vestir (paramentação) e retirar (desparamentação) os equipamentos de proteção, visando minimizar riscos e fortalecer a cultura de biossegurança no ambiente cirúrgico.

2.Revisão de literatura:

Estudos indicam que falhas na paramentação e na desparamentação estão diretamente associadas ao aumento da ocorrência de infecções do sítio cirúrgico (ISC) e de acidentes ocupacionais com material biológico. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e o **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** reforçam que a adoção de protocolos rígidos de barreira física é essencial para a segurança do paciente e dos profissionais.

No Brasil, a **RDC nº 50/2002 da ANVISA** define critérios estruturais para centros cirúrgicos, enquanto a **RDC nº 36/2013** e a **NR-32 (Ministério do Trabalho)** estabelecem orientações de

biossegurança. A literatura recomenda a realização de treinamentos regulares, simulações práticas e auditorias periódicas para garantir a adesão às normas.

3.Objetivo(s):

Orientar a equipe do centro cirúrgico quanto a técnica correta de paramentação e desparamentação cirúrgica.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Máscara descartáveis, gorro, óculos de proteção, capote estéril e luva estéril.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Supervisionar a correta paramentação e desparamentação da equipe.
- Orientar e treinar continuamente os profissionais em técnicas assépticas.
- Garantir a disponibilidade e qualidade dos materiais (luvas, aventais, máscaras, gorros, óculos).
- Avaliar e corrigir inconformidades durante o processo.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Executar corretamente a paramentação conforme normas institucionais.
- Apoiar colegas durante a colocação e retirada de aventais estéreis.
- Descartar adequadamente os EPIs utilizados, conforme classificação de resíduos.

Médicos (cirurgiões e anesthesiologists):

- Cumprir rigorosamente as etapas de paramentação cirúrgica.

- Manter a integridade das barreiras durante o ato operatório.
- Seguir orientações da equipe de enfermagem sobre biossegurança.

Equipe de Apoio (higienização e manutenção):

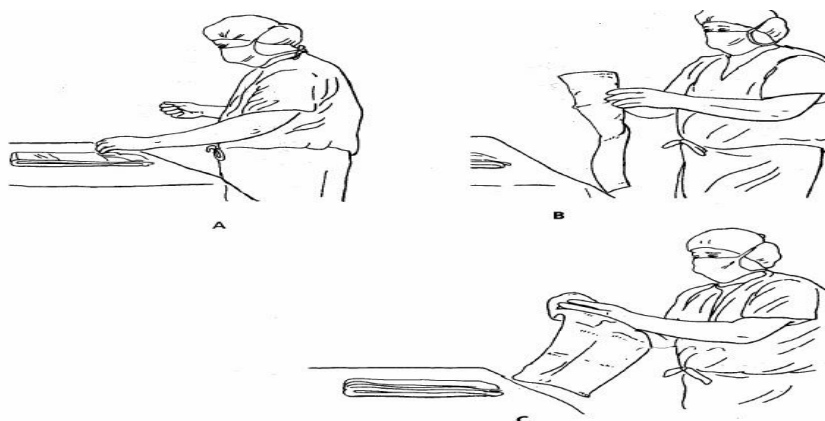
- Garantir a limpeza adequada dos ambientes e reposição de insumos.
- Assegurar que os pontos de descarte estejam disponíveis e corretamente identificados.

Gestores e coordenação assistencial:

- Assegurar o fornecimento contínuo de EPIs adequados.
- Realizar treinamentos periódicos e reciclagens sobre técnicas de paramentação.
- Monitorar indicadores de adesão e não conformidades.

6.Atividades:**PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA**

- Realizar degermação das mãos na técnica asséptica adequada conforme protocolo institucional;
- Manter as mãos e antebraços em posição vertical, acima da cintura e dirigir-se à sala de cirurgia;
- Seguir o passo a passo da paramentação cirúrgica conforme as orientações e ilustrações a seguir, como o auxílio do circulante de sala:
 1. Enxugar as mãos, antebraços e, por último, os cotovelos com compressa esterilizada;
 2. Desprezar a compressa em local apropriado, de modo a não se misturar com aquelas que serão utilizadas no campo cirúrgico;



Fonte: <http://pinhocirurgias.blogspot.com.br/2011/03/assepsia-das-maos.html>

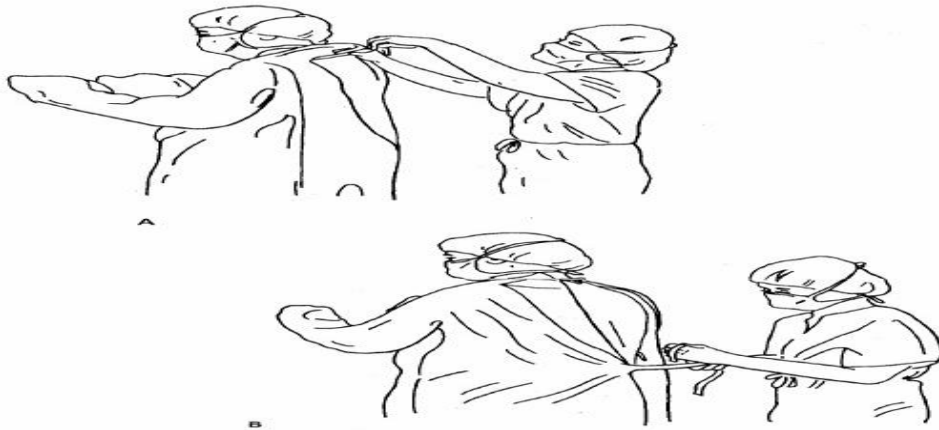
3. Segurar o capote estéril pelas dobraduras da gola e deixar que o restante dele se desdobre e fique esticado. Pela face interna introduza em um único movimento, ambas as mãos e antebraço pelas mangas do capote;



Fonte: <http://pinhocirurgias.blogspot.com.br/2011/03/assepsia-das-maos.html>

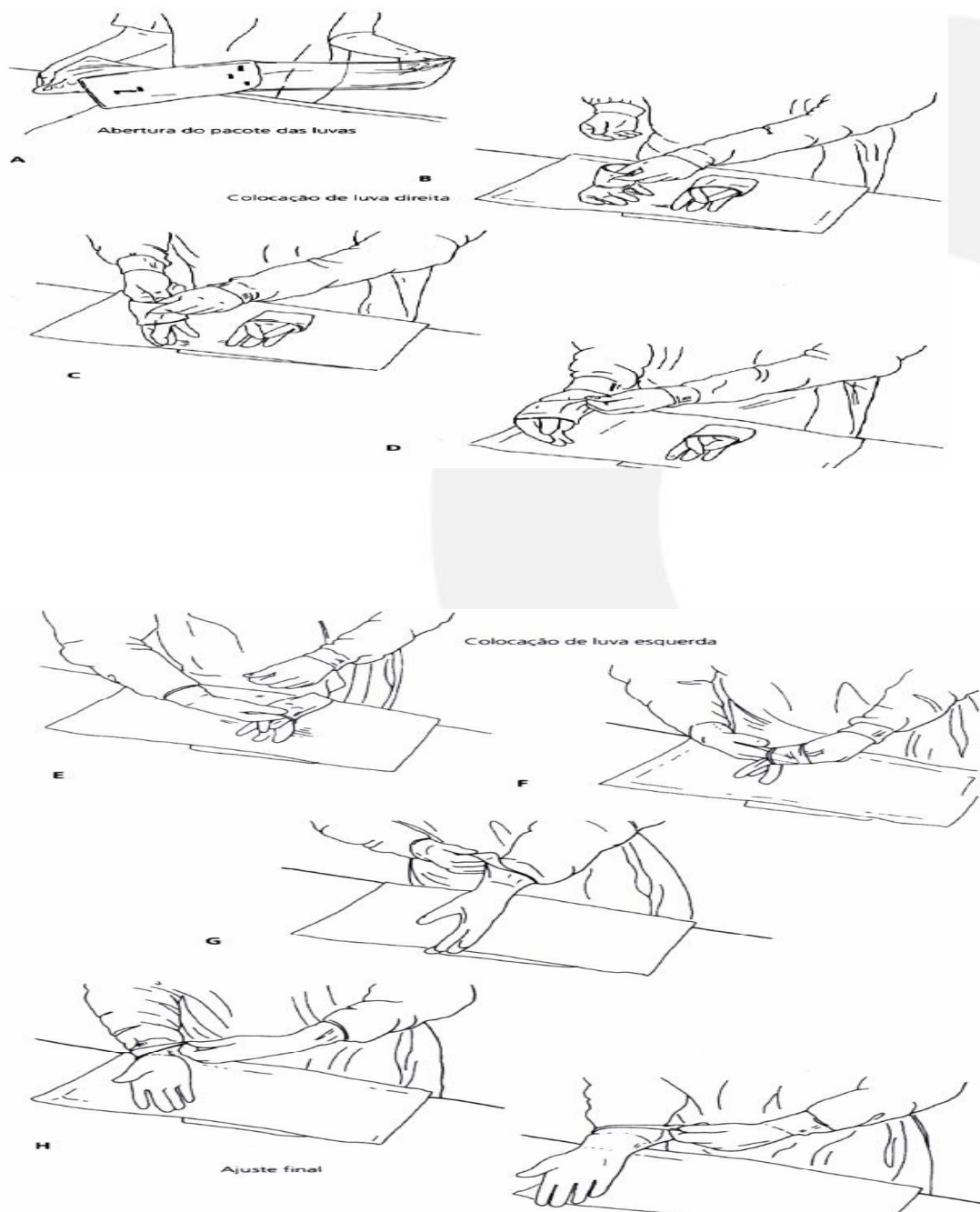
4. Colocar-se de costas para o circulante de sala e solicitar-lhe ajuda para acertar as mangas. Desta feita, o circulante introduz as mãos nas mangas pela parte interna do avental, puxando-as até que os punhos cheguem à região dos pulsos. Permanecer de

costas ao circulante, para que este amarre as tiras ou fitas do decote do avental. Lembrando que capotes com opa o cadarço da frente deve ser concedido ao circulante para ser amarrado nas costas;



Fonte: <http://pinhocirurgias.blogspot.com.br/2011/03/assepsia-das-maos.html>

5. Abrir o invólucro de papel que as protege e expô-las, de modo que os punhos fiquem voltados para si;
6. Calçar a luva esquerda, segurando-a pela dobra do punho com a mão direita;
7. Introduzir os dedos da mão esquerda enluvada sob a dobra do punho da luva direita e calçá-la, desfazendo a seguir esta dobra até cobrir o punho da manga do avental;
8. Colocar os dedos da mão direita enluvada na dobra do punho da luva esquerda, repetindo o procedimento descrito acima;

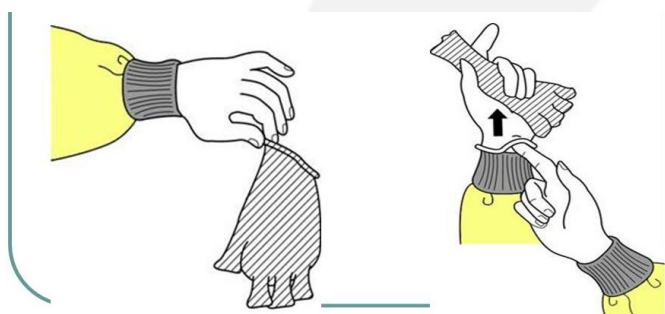


Fonte: <http://pinhocirurgias.blogspot.com.br/2011/03/assepsia-das-maos.html>

DESPARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA:

- Desparamentar-se após o término da cirurgia conforme o passo a passo a seguir para evitar contaminação;

1. Retirar as luvas contaminadas: com a mão oposta pegar a luva pela parte externa, removê-la e segurar com os dedos. Após com a mão sem luva pegar a outra e removê-la colocando a luva anterior no interior e descartar as luvas cirúrgicas no lixo infectante;



2. Retirar o capote com o auxílio do circulante de sala para desatar as alças (tiras) do pescoço e da cintura, tendo-se o cuidado de não tocar a face externa do avental. O avental deve deslizar pelo corpo sendo seguro pela parte interna e dobrado com o lado avesso. Depositá-lo em saco de roupa suja (ramper), aos capotes estéreis descartáveis descartar em lixo infectante.



3. Higienizar o óculo de proteção;
4. Retirar a máscara cirúrgica e desprezar no lixo comum;
5. Realizar a higienização das mãos na técnica correta.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução da taxa de infecção de sítio cirúrgico.
- Maior adesão da equipe às práticas de biossegurança.
- Padronização da paramentação e desparamentação em todas as salas cirúrgicas.
- Diminuição de acidentes ocupacionais relacionados a falhas na retirada de EPIs.
- Fortalecimento da cultura institucional de segurança do paciente e do trabalhador.

Indicadores

- **Percentual de adesão correta à paramentação (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de profissionais com paramentação correta} \div \text{Total de profissionais observados}) \times 100$.
- **Percentual de adesão correta à desparamentação (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de profissionais que realizaram retirada adequada de EPIs} \div \text{Total de profissionais observados}) \times 100$.
- **Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) por 100 procedimentos.**
- **Número de incidentes ocupacionais relacionados à desparamentação inadequada (mensal).**
- **Percentual de profissionais capacitados em biossegurança cirúrgica (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de profissionais capacitados} \div \text{Total da equipe do centro cirúrgico}) \times 100$.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica,	Protocolo e	Validação do protocolo	1º mês

	Assistencial e NQSP	Cronograma de Treinamento		
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, 2005.

World Health Organization (WHO). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge – Clean Care is Safer Care.* Geneva: WHO, 2009.

World Health Organization (WHO). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection.* Geneva: WHO, 2016.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.* Atlanta: CDC, 2007 (atualizações posteriores disponíveis).

Joint Commission International (JCI). *International Patient Safety Goals.* Oakbrook Terrace: JCI, 2024.

ALMEIDA, K. M.; FERNANDES, F. M.; NASCIMENTO, E. M. A importância da técnica correta de paramentação cirúrgica para a prevenção de infecções em centro cirúrgico. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, p. 1–9, 2022.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ROTINA DO CIRCULANTE DE SALA

2.2.2.63. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ROTINA DO CIRCULANTE DE SALA

1.Introdução

O circulante de sala é um membro essencial da equipe de enfermagem no centro cirúrgico, responsável por garantir o apoio logístico, organizacional e assistencial durante os procedimentos. Embora não participe diretamente da técnica asséptica, sua função é indispensável para a manutenção do fluxo cirúrgico, segurança do paciente e suporte à equipe estéril.

O cumprimento de uma rotina estruturada pelo circulante contribui para a eficiência do ato cirúrgico, prevenção de falhas e redução do risco de eventos adversos.

2.Revisão de literatura:

A literatura destaca que o papel do circulante está diretamente relacionado à manutenção da segurança no centro cirúrgico, sendo um elo entre a equipe estéril e o ambiente externo. De acordo com a **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e a iniciativa *Cirurgia Segura Salva Vidas*, a correta atuação do circulante auxilia na execução da **lista de verificação de segurança cirúrgica** (checklist) e na prevenção de erros como cirurgias em paciente ou local incorreto.

No Brasil, a **RDC nº 50/2002 (ANVISA)** estabelece requisitos para a organização física e funcional do centro cirúrgico, e a **RDC nº 36/2013** determina a necessidade de protocolos de segurança do paciente. Estudos apontam que a atuação do circulante impacta na qualidade da assistência, no tempo cirúrgico e na satisfação da equipe multiprofissional

3.Objetivo(s):

Orientar o técnico de enfermagem às atribuições e rotinas necessárias do circulante de sala, visando à eficiência na organização da sala cirúrgica.

4.RecursoS físicos e materiais (se houver)

Materiais de sala, luva estéril, gorro, máscara descartáveis e óculos de proteção e avental plumbífero;

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Supervisionar o trabalho do circulante e garantir que protocolos sejam cumpridos.
- Apoiar o circulante em situações críticas e intervir em intercorrências.
- Avaliar continuamente a adequação dos processos do centro cirúrgico.

Circulante de Sala (técnicos/auxiliares de enfermagem):

- Conferir a documentação do paciente e pulseira de identificação.
- Auxiliar no posicionamento do paciente antes do início da cirurgia.
- Preparar a sala cirúrgica com materiais, equipamentos e instrumentais necessários.
- Manter o ambiente organizado, limpo e seguro durante todo o procedimento.
- Repor materiais solicitados pela equipe estéril, mantendo a técnica asséptica.
- Auxiliar na contagem de compressas, gazes e instrumentais junto à equipe.
- Realizar registro das atividades em prontuário e em planilhas de controle.

- Encaminhar materiais para o CME (Central de Material e Esterilização) após o procedimento.

Médicos (cirurgiões e anestesiológicos):

- Solicitar apoio logístico ao circulante conforme necessidade.
- Reforçar com a equipe a importância do checklist de segurança cirúrgica.

Equipe multiprofissional (apoio diagnóstico e manutenção):

- Atender às demandas do circulante quando houver necessidade de suporte técnico (iluminação, gases, equipamentos).

Gestores e coordenação assistencial:

- Assegurar equipe dimensionada e treinada para atuar como circulante.
- Promover capacitações periódicas em segurança do paciente e rotinas cirúrgicas.
- Monitorar indicadores relacionados à atuação do circulante.

6. Atividades:

- Zelar pelas boas condições ambientais de segurança do usuário e da equipe multiprofissional;
- Respeitar a escala de atividades técnico de enfermagem;
- Auxiliar os demais membros da equipe da unidade sempre que solicitado;
- Ajudar manter a ordem, disciplina e limpeza do setor;
- Cooperar com os demais serviços para melhor funcionamento da unidade e atendimento do usuário;
- Priorizar o atendimento dos procedimentos com maior complexidade conforme orientação do enfermeiro;
- Zelar pelo correto manuseio dos equipamentos, aparelhos e materiais;
- Utilizar EPI nas dependências do setor (roupa privativa, gorro e máscara descartável - ao entrar na sala cirúrgica);
- Solicitar a maleta de MAT/MED a farmácia satélite;

- Prover a sala cirúrgica de materiais, equipamentos e insumos necessários para a cirurgia;
- Admitir o usuário na sala cirúrgica com cordialidade e cuidado no seu transporte maca para a mesa cirúrgica;
- Confirmar informações pessoais e do ato cirúrgico com o usuário;
- Realizar e preencher checklist de cirurgia segura com todos os membros da equipe cirúrgica;
- Auxiliar na transferência do usuário da maca para a mesa de cirurgia, certificando-se do correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;
- Realizar higienização das mãos antes de entrar na sala cirúrgica e ao manusear os materiais, conforme o protocolo;
- Utilizar avental plumbífero nos casos de cirurgias com auxílio do arco cirúrgico;
- Conferir se o perfurador e serra pneumático está instalado e funcionando adequadamente, se necessário;
- Conferir se o craniotômo pneumático está instalado e funcionando adequadamente, se necessário;
- Conferir se o bisturi elétrico e a caneta de bisturi estão instalados e funcionando adequadamente;
- Conferir se a mesa cirúrgica está travada e funcionando adequadamente;
- Conferir se o aspirador cirúrgico está instalado e funcionando adequadamente;
- Conferir se o foco cirúrgico está funcionando adequadamente;
- Auxiliar os membros da equipe na paramentação para o ato cirúrgico de forma asséptica para evitar qualquer tipo de contaminação;
- Realizar registro de todo transoperatório na SAEP;
- Conferir todo o instrumental cirúrgico antes e após o término da cirurgia, em conjunto com o instrumentado cirúrgico. Assinar e carimbar o formulário de controle de instrumentais;
- Fazer e/ou auxiliar o enfermeiro na conferência do uso de OPME, antes e após a cirurgia, e assinar e carimbar o Formulário de Gasto de OPME;
- Realizar a conferência e controle de compressas e gases cirúrgicas utilizadas no transoperatório, em conjunto com o instrumentador cirúrgico;

- Realizar conferência e controle, em conjunto com instrumentador cirúrgico, quanto ao uso do material perfurocortante na mesa cirúrgica;
- Desprezar o material perfurocortante na caixa de perfurocortante;
- Desprezar secreção gerada durante ato cirúrgico no expurgo;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer defeito ou falha nos equipamentos e aparelhos;
- Solicitar a presença do enfermeiro sempre que necessário e comunicar as intercorrências;
- Auxiliar a equipe a desparamentar-se após o término da cirurgia;
- Auxiliar a equipe quanto a manter o usuário aquecido e confortável, após a cirurgia;
- Auxiliar o anestesista conforme solicitado;
- Manter a organização da sala cirúrgica;
- Transferir o usuário para RPA ou a unidade de destino, após liberação do anestesista, com curativo realizado, identificação de sondas e drenos;
- Encaminhar maleta de MAT/MED para RPA e/ou farmácia satélite com os materiais não utilizados;
- Após o procedimento cirúrgico manter a unidade e as salas sempre preparadas para receber o usuário;
- Desprezar os EPI's conforme orientação;
- Zelar pelo patrimônio e estrutura física da unidade;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Higienizar as mãos.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Maior organização e segurança no fluxo de procedimentos cirúrgicos.
- Redução de falhas logísticas e técnicas durante as cirurgias.
- Melhoria na comunicação entre equipe estéril e ambiente externo.

- Maior eficiência na utilização de materiais e recursos.
- Fortalecimento da cultura de segurança e qualidade assistencial.

Indicadores

- **Percentual de salas cirúrgicas preparadas conforme checklist (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de salas com preparo completo} \div \text{Total de salas avaliadas}) \times 100$.
- **Taxa de conformidade na contagem de compressas e instrumentais (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de cirurgias com contagem correta} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$.
- **Número de intercorrências relacionadas a falhas do circulante (mensal).**
- **Percentual de adesão ao checklist de cirurgia segura (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de cirurgias com checklist completo} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$.
- **Percentual de profissionais capacitados para atuar como circulante (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de circulantes treinados} \div \text{Total de circulantes da unidade}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

GRAZZIANO, E.S. [et.al]. Enfermagem perioperatória e cirurgia segura. 1ª ed. São Paulo; Yendis, 2016.

POSSARI, J.F. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5ª ed. São Paulo: látria, 2011.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

2.2.2.64. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

1.Introdução

O posicionamento cirúrgico é uma etapa fundamental do cuidado perioperatório, que visa proporcionar acesso adequado ao campo cirúrgico, garantir estabilidade fisiológica e prevenir complicações relacionadas à postura mantida durante o procedimento.

Um posicionamento incorreto pode ocasionar lesões nervosas, úlceras por pressão, comprometimento circulatório e respiratório, além de dor pós-operatória. Assim, o estabelecimento de um protocolo assistencial padronizado assegura segurança ao paciente, eficiência técnica ao cirurgião e qualidade assistencial.

2.Revisão de literatura:

Estudos demonstram que complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico representam uma das principais causas de eventos adversos no perioperatório, podendo levar a neuropatias periféricas e lesões por pressão em até 20% dos pacientes submetidos a cirurgias prolongadas.

A **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, no manual *Cirurgia Segura Salva Vidas*, recomenda a checagem prévia do posicionamento como parte essencial do checklist de segurança cirúrgica. No Brasil, a **RDC nº 36/2013 da ANVISA** e protocolos do **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** orientam que o posicionamento seja realizado pela equipe multiprofissional, com registro em prontuário e verificação contínua durante o ato cirúrgico.

A literatura reforça a importância da participação da enfermagem no preparo, execução e monitoramento do posicionamento, garantindo o uso de dispositivos de proteção (almofadas, coxins, suportes) e prevenindo complicações.

3.Objetivo(s):

Orientar a equipe de enfermagem sobre a forma adequada do posicionamento do usuário para a cirurgia.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

EPI; Coxins; Atadura Crepe e Malha Tubular.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiros:

- Avaliar as condições clínicas e limitações físicas do paciente antes do posicionamento.
- Planejar junto à equipe o posicionamento adequado, considerando tipo de cirurgia, tempo previsto e riscos individuais.
- Supervisionar a execução do posicionamento, garantindo segurança e conforto.
- Registrar em prontuário o posicionamento realizado e dispositivos utilizados.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

- Auxiliar no posicionamento seguro do paciente sob supervisão do enfermeiro.
- Garantir uso adequado de coxins, cintos e suportes de proteção.
- Monitorar integridade da pele e comunicar alterações observadas.

Médicos Cirurgiões:

- Definir, em conjunto com a equipe, o posicionamento mais adequado ao procedimento cirúrgico.
- Verificar e validar o posicionamento antes do início da cirurgia.
- Reavaliar se há necessidade de ajustes durante o ato operatório.

Médicos Anestesiologistas:

- Avaliar repercussões hemodinâmicas e respiratórias do posicionamento escolhido.
- Garantir estabilidade do paciente durante a anestesia e prevenir complicações fisiológicas.
- Monitorar continuamente sinais vitais durante a cirurgia.

Equipe multiprofissional (fisioterapeutas, quando envolvidos):

- Apoiar na avaliação de riscos musculoesqueléticos e respiratórios.
- Orientar sobre medidas preventivas para reduzir complicações pós-operatórias relacionadas à imobilidade.

Gestores e coordenação assistencial:

- Garantir infraestrutura e disponibilidade de dispositivos de posicionamento adequados.
- Promover capacitação periódica da equipe sobre posicionamento cirúrgico seguro.
- Monitorar indicadores relacionados à segurança perioperatória.

6. Atividades:

O posicionamento cirúrgico é realizado depois do ato anestésico, para que possa ser submetido ao procedimento cirúrgico. Tem como objetivo promover a melhora, exposição e acesso ao sítio cirúrgico, sob a avaliação da escala de ELPO, construída para avaliação de risco de lesões intraoperatório.

- Higienizar as mãos;

- Paramentar-se com os EPI's necessários (luva de procedimento, máscara cirúrgica e touca);
- Auxiliar o médico anestesista na anestesia proposta;
- Enfermagem organizar junto com o médico cirurgião qual o posicionamento adequado do usuário para o devido procedimento a ser mantido;
- Separar o material necessário para auxiliar o posicionamento do usuário;
- Descrever na SAEP, a posição a qual o usuário ficará no item Posição Cirúrgica e qual coxin utilizar;
- Atentar para manter o paciente confortável, seguro e aquecido;
- Posicionar o usuário na posição escolhida conforme as orientações e ilustrações a seguir;

7.2 Posições Cirúrgicas

Figura 01 – Posição decúbito dorsal ou supina:

O usuário fica deitado na mesa cirúrgica com o ventre para cima, membros superiores e inferiores relaxados. O usuário deve ser colocado deitado de costas, com as pernas estendidas ou ligeiramente fletidas para provocar o relaxamento dos músculos abdominais. Os braços devem estar estendidos ao longo do corpo.

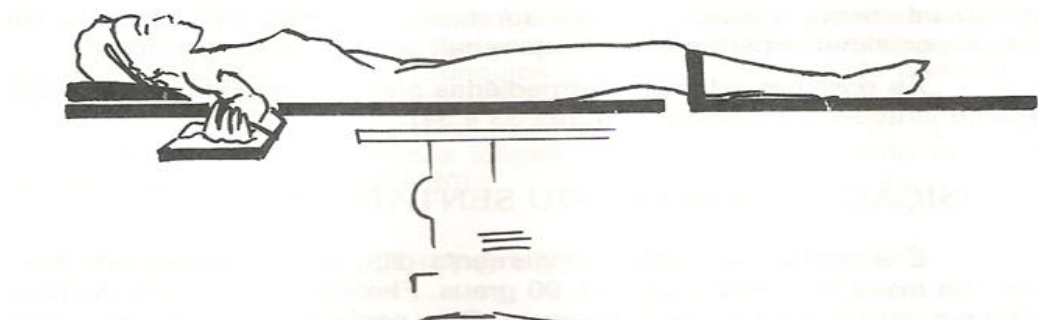


Figura 02 – Posição decúbito ventral ou prona:

O paciente fica deitado com o ventre para baixo, braços e mãos estendidos nos posicionadores ou fletidos conforme o médico anestesista achar ideal.

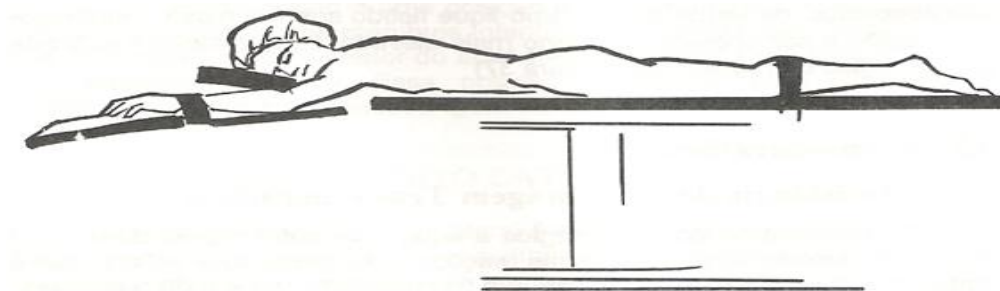


Figura 03 – Posição Trendelenburg:

O paciente é colocado em decúbito dorsal horizontal, com o corpo num plano inclinado, de forma que a cabeça fique mais baixa em relação ao corpo.

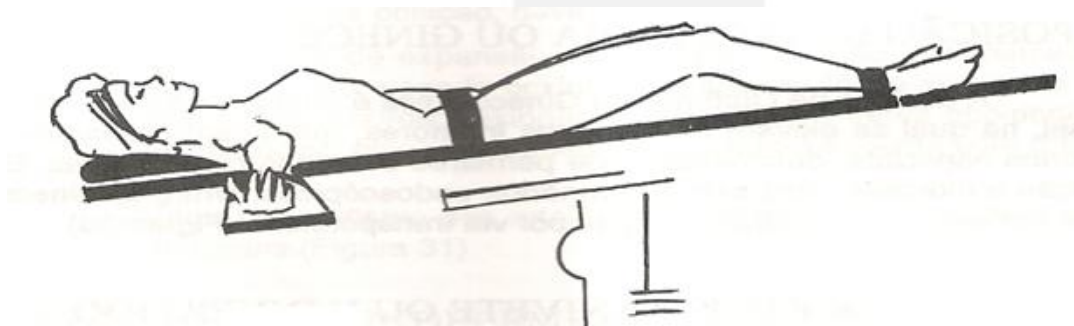


Figura 04 – Posição Trendelenburg reverso ou proclive:

O paciente é colocado em decúbito dorsal horizontal, com o corpo num plano inclinado, de forma que a cabeça fique mais alta em relação ao corpo.



Figura 05: Posição Decúbito Lateral:

O paciente fica deitado com o lado direito para baixo, pernas levemente fletidas, braço direito em abdução, o lado esquerdo para cima e o braço repousando sobre a face lateral da coxa.

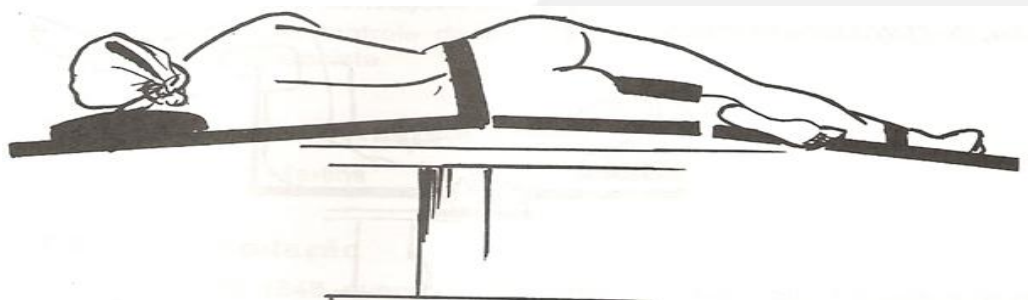


Figura 06 – Posição Fowler ou Sentada:

O paciente fica sentado numa cadeira na maca ou no leito com as mãos repousando sobre as coxas.

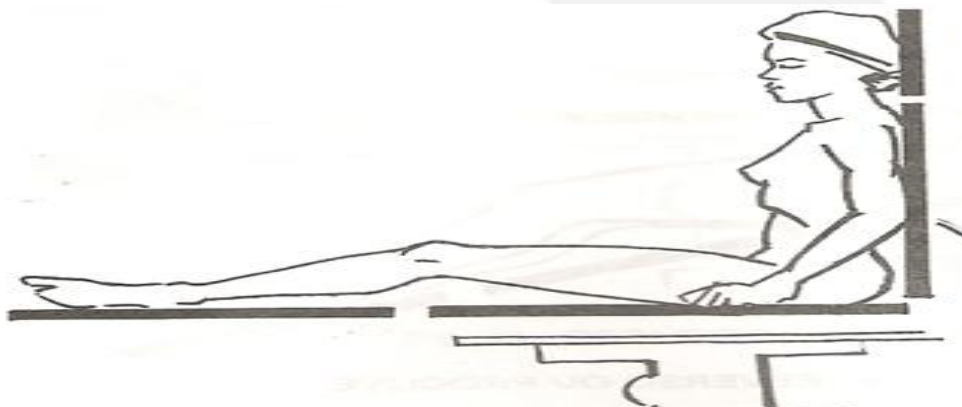


Figura 07 – Posição de Litotomia ou Ginecológica:

O paciente fica em decúbito dorsal com as pernas fletidas e as coxas em adução e flexão.



Figura 08 – Posição de DEPAGE, CANIVETE ou INVERTIDO:

É uma modificação do decúbito ventral. O abdome do usuário fica ainda em contato com o colchão da mesa cirúrgica e o corpo está fletido na região dos quadris, porque a mesa também está fletida em sua divisão entre o tronco e os membros inferiores, formando um ângulo de aproximadamente 90°. Isso mantém a região a ser operada em plano mais elevado.



7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico (lesões de pele, neuropatias, complicações respiratórias e circulatórias).
- Padronização da prática de posicionamento em todos os procedimentos cirúrgicos.
- Aumento da segurança e conforto do paciente no perioperatório.

- Fortalecimento da comunicação entre equipe cirúrgica, anestésica e de enfermagem.
- Melhoria dos registros assistenciais e maior rastreabilidade das ações de segurança.

Indicadores

- **Percentual de pacientes posicionados conforme protocolo (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de pacientes com posicionamento realizado segundo protocolo} \div \text{Total de pacientes cirúrgicos}) \times 100$.
- **Taxa de complicações relacionadas ao posicionamento (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de complicações decorrentes do posicionamento} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$.
- **Percentual de registros completos em prontuário sobre posicionamento (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de prontuários com registro completo} \div \text{Total de prontuários avaliados}) \times 100$.
- **Percentual de profissionais capacitados em posicionamento cirúrgico seguro (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de profissionais capacitados} \div \text{Total da equipe do centro cirúrgico}) \times 100$.
- **Número de notificações de inconformidades no posicionamento (mensal).**

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9.Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

GRAZZIANO, E.S. [et.al]. Enfermagem perioperatória e cirurgia segura. 1ª ed. São Paulo; Yendis,2016.

POSSARI, J.F. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5ª ed. São Paulo: látria, 2011.

<http://conexaodaenfermagem.blogspot.com/2015/07/posi-coescirurgicas-enf.html>. Acessado em 06/07/2021.

MEEKER, MH; ROTHROCK, J.C. Alexandre – Cuidados de enfermagem ao paciente Cirurgico. Elsevier, 13.ed;2008.1280p

GRAMONT, K. Enfermagem Cirurgica. NT Editora, Brasília, 2016.182p.

GUIMARÃES, SOLANGE; MAURO, JULIANA; WAZENKESKI, ESTELA. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. (SOBECC) - Aletheia vol.53 no.1 Canoas jan./jun. 2020.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA EM VIDEOCIRURGIA

2.2.2.65. PROTOCOLO DE ASSISTENCIAL PARA INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA EM VIDEOCIRURGIA

1.Introdução

A videocirurgia, também conhecida como cirurgia minimamente invasiva, representa um avanço tecnológico significativo na prática cirúrgica moderna. Esse método possibilita intervenções com menor trauma tecidual, recuperação mais rápida, redução do tempo de internação e menor risco de complicações pós-operatórias.

O papel da equipe multiprofissional é fundamental para garantir a segurança e eficácia do procedimento, sendo a instrumentação cirúrgica um eixo central para a qualidade assistencial. O protocolo assistencial organiza as práticas, padroniza condutas e contribui para a segurança do paciente e da equipe.

2.Revisão de literatura:

A literatura destaca que a instrumentação em videocirurgia exige habilidades técnicas específicas, incluindo o manuseio de equipamentos de vídeo, óticas, trocárteres, pinças laparoscópicas e sistemas de energia.

Estudos indicam que a padronização dos protocolos reduz erros, otimiza o tempo cirúrgico e melhora a coordenação entre cirurgião e instrumentador. Além disso, pesquisas ressaltam a importância da manutenção preventiva dos equipamentos e da capacitação contínua dos profissionais envolvidos, considerando que falhas no manuseio ou preparo dos instrumentos podem comprometer o resultado cirúrgico e a segurança do paciente.

3.Objetivo(s):

Disponibilizar os equipamentos e instrumentais cirúrgicos de videocirurgia de forma rápida, lógica e organizada, assegurando-se de sua funcionalidade e esterilidade.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Duas mesas de instrumentais, LAP cirúrgico, dois campos duplos 150x200, uma Caixa de Pequena Cirurgia, Kit de Degermação, Extensão de silicone, lâmina de bisturi, cilindro de gás carbônico, compressas cirúrgicas estéreis, cúpula, caixa de Videocirurgia, Ótica de Laparoscopia, dois cabos de fibra ótica, gabinete da videocirurgia, eletrocautério, fios de sutura, clips de titânio, quatro luvas estéreis, 100 ml de SF 0,9% e 50 ml de PVPI.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Cirurgião:

- Planejar e conduzir o ato cirúrgico;
- Solicitar instrumentos e dispositivos necessários;
- Coordenar a equipe durante o procedimento.

Instrumentador Cirúrgico/Enfermagem Cirúrgica:

- Realizar a conferência do instrumental específico para videocirurgia;
- Organizar e montar a mesa cirúrgica com os materiais adequados;
- Manusear e oferecer instrumentos de forma ágil e segura;
- Auxiliar no posicionamento das óticas, cabos e equipamentos de vídeo;
- Zelar pela manutenção, limpeza e integridade do material.

Enfermeiro de Centro Cirúrgico:

- Supervisionar o preparo da sala operatória e da equipe;
- Garantir a disponibilidade dos equipamentos e materiais necessários;

- Coordenar a assistência de enfermagem antes, durante e após o procedimento;
- Implementar protocolos de biossegurança e gerenciamento de riscos.

Circulante de Sala:

- Auxiliar na instalação dos equipamentos de vídeo e energia;
- Atender às necessidades de materiais adicionais durante o procedimento;
- Garantir a rastreabilidade de materiais e registros operatórios.

Equipe de Engenharia Clínica/Técnico de Equipamentos:

- Realizar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;
- Orientar sobre uso adequado e cuidados técnicos.

6. Atividades:

- Dispor gabinete e cilindro de CO², de modo que fiquem de frente para os cirurgiões;
- Ligar nobreak, monitor, fonte de luz e pump de CO²;
- Confirmar no pump de CO², se há quantidade suficiente de gás no cilindro;
- Certificar-se se não há vazamento na conexão do cilindro de CO²;
- Abrir primeira cobertura do LAP cirúrgico em uma mesa menor de instrumentais;
- Lavar as mãos e antebraços conforme Higienização das mãos antes de paramentar-se;
- Segurar o capote estéril pela área interna para levantá-lo em uma área onde não possa ser contaminado;
- Permitir que o capote se desdobre completamente longe do corpo, mantendo as mãos dentro do mesmo;
- Deslizar ambas as mãos para dentro das aberturas dos braços, mantendo as mãos no nível dos ombros e longe do corpo;
- Aguardar que o circulante realize o encaixe do roupão nos ombros e a amarração dos fios internos do capote de forma correta;

- Calçar as luvas estéreis de forma asséptica;
- Abrir segunda cobertura do LAP cirúrgico e organizar os campos e aventais;
- Confirmar a esterilização do LAP avaliando a fita do indicador de esterilidade do material e entregá-lo para o circulante anexar no Certificado de Esterilidade;
- Abrir campo duplo 150 x 200 na mesa de instrumentais maior;
- Receber de forma asséptica caixas de pequenas cirurgias e de videocirurgia, confirmando sua esterilização avaliando a fita do indicador de esterilidade do material e entregá-lo para o circulante anexar no Certificado de Esterilidade;
- Receber a ótica, fibra ótica, campos duplos, compressas cirúrgicas, gazes, luvas, clip e kit degermação de forma asséptica;
- Dispor em sequência na mesa de instrumentais: oito pinças backaus, os dois cabos de fibra ótica, as duas extensões de silicone, 4 pinças kelly, uma tesoura, cabo de bisturi nº 3 com lâmina 23 e agulha de Veress;
- Posteriormente, dispor trocateres e bainhas de 10 e 5 mm, redutores, aspirador, pinças de apreensão, Pinça de apreensão 3/2, gancho do eletrocautério, aspirador, tesouras e pegador de clip com um clip encaixado;
- Deixar disponível uma luva estéril, uma cuba com PVPI e dez gazes;
- Contar as peças instrumentais antes do início do procedimento e solicitar registro ao circulante;
- Após auxiliar o posicionamento dos campos, ofertar o material cirúrgico de acordo com a sequência da mesa da direita para esquerda;
- Posteriormente, disponibilizar instrumentais assim que solicitado;
- Cortar um dedo da luva estéril e disponibilizar ao cirurgião, quando solicitado;
- Lavar peça anatômica e condicionar em recipiente estéril fornecido pelo circulante;
- Realizar a recontagem de instrumentais, agulhas, gazes e compressas cirúrgicas antes do fechamento da incisão cirúrgica e solicitar para confirmar com os registros;
- Retirar perfuro-cortantes descartáveis da mesa cirúrgica e jogá-los no coletor próprio;
- Realizar a primeira lavagem dos instrumentais com SF 0,9% para retirar o excesso de sujidades;
- Transportar instrumental utilizado ao Expurgo;
- Retirar o avental e luva estéril.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de falhas no preparo e uso dos instrumentos;
- Diminuição do tempo operatório e maior eficiência nos procedimentos;
- Segurança do paciente com redução de complicações relacionadas ao instrumental;
- Maior integração entre as categorias profissionais;
- Aumento da satisfação da equipe e do paciente.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de cirurgias realizadas conforme protocolo padronizado;
 - Tempo médio de montagem da sala e instrumental.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de complicações relacionadas a falhas no instrumental;
 - Índice de reoperações por falha técnica no procedimento;
 - Nível de satisfação dos cirurgiões quanto à instrumentação.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Taxa de manutenção preventiva dos equipamentos em dia;
 - Frequência de treinamentos realizados pela equipe.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica,	Protocolo e	Validação do protocolo	1º mês

	Assistencial e NQSP	Cronograma de Treinamento		
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRUNNER & SUDDARTH, SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. – 10ed. – Rio de Janeiro. Guanabara Koogan:2005.

POTTER, Patrícia Ann; Fundamentos de Enfermagem. Tradução: Maria Corrêa Nascimento et.al. - 7 ed. –Rio de Janeiro: Elsevier:2010.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - MANUSEIO E CUIDADOS COM O BISTURI ELÉTRICO

2.2.2.66. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - MANUSEIO E CUIDADOS COM O BISTURI ELÉTRICO

1.Introdução

O bisturi elétrico, ou eletrocautério, é um equipamento amplamente utilizado em procedimentos cirúrgicos por possibilitar corte e coagulação tecidual de forma rápida e eficaz. Apesar dos benefícios, o seu uso inadequado pode gerar riscos ao paciente e à equipe, como queimaduras, choques elétricos, falhas na hemostasia e até incêndios em sala cirúrgica.

Assim, a padronização de cuidados e a adoção de protocolos assistenciais são essenciais para garantir segurança, reduzir riscos e otimizar a qualidade da assistência prestada.

2.Revisão de literatura:

literatura científica evidencia que a utilização segura do bisturi elétrico depende do conhecimento técnico dos profissionais, da manutenção preventiva dos equipamentos e da aplicação de medidas de biossegurança.

Diretrizes nacionais e internacionais de cirurgia segura ressaltam a importância da correta instalação do cabo dispersivo, da verificação da integridade do equipamento, do uso de dispositivos de proteção e da capacitação periódica da equipe. Estudos apontam que incidentes relacionados ao bisturi elétrico estão frequentemente associados a falhas humanas ou técnicas, que podem ser prevenidas por meio de protocolos e treinamentos contínuos.

3.Objetivo(s):

Instruir a equipe de enfermagem sobre a utilização apropriada dos equipamentos, além de orientar sobre os cuidados necessários em relação aos usuários.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Bisturi Elétrico; pedal; cabo de placa dispersiva; placa dispersiva (adulto/pediátrica - descartável e/ou inox); caneta de bisturi, ponteira esterilizada e gel condutor.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Cirurgião:

- Solicitar o uso do bisturi elétrico e definir parâmetros de corte e coagulação;
- Conduzir o ato cirúrgico, garantindo a indicação adequada do uso;
- Comunicar à equipe qualquer intercorrência relacionada ao equipamento.

Enfermeiro de Centro Cirúrgico:

- Supervisionar a instalação e utilização do bisturi elétrico;
- Verificar a disponibilidade e integridade do equipamento antes do uso;
- Capacitar a equipe de enfermagem quanto ao uso seguro;
- Garantir o cumprimento das normas de biossegurança.

Instrumentador Cirúrgico:

- Preparar o cabo dispersivo e verificar sua fixação correta na pele do paciente;
- Conectar e testar os cabos e acessórios antes do início do procedimento;
- Manusear o bisturi elétrico conforme solicitação do cirurgião, garantindo rapidez e segurança.

Circulante de Sala:

- Realizar a conferência do equipamento antes do uso;
- Auxiliar na instalação do cabo dispersivo e posicionamento dos cabos;
- Substituir acessórios ou materiais quando necessário;
- Registrar em prontuário o uso do equipamento e eventuais intercorrências.

Equipe de Engenharia Clínica/Técnicos:

- Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;
- Realizar testes de segurança elétrica periodicamente;
- Treinar a equipe quanto a funcionalidades e cuidados técnicos.

6. Atividades:

- Verificar se todo o material está presente na sala cirúrgica de responsabilidade do circulante de sala;
- Testar a funcionalidade do equipamento ao conectar o bisturi na rede elétrica;
- Conectar a placa dispersiva ao bisturi elétrico através do cabo;
- Utilizar a placa dispersiva descartável como prioridade. Caso não haja a placa descartável disponível no hospital utilizar a placa de inox como plano de contingência;
- Colocar a placa em área de massa muscular com contato uniforme (panturrilha, face posterior da coxa, glúteos e região superior das costas);
- Anotar na SAEP a posição de fixação da placa e o tipo de placa utilizado;
- Aproximar o bisturi da mesa operatória;
- Aguardar que o cirurgião forneça a extensão da caneta do bisturi e conectá-lo no equipamento;
- Aproximar o pedal do bisturi próximo ao cirurgião que irá conectá-lo no equipamento envolvido por um saco transparente;
- Selecionar o grau de corte e de coagulação conforme orientação do cirurgião;

- Recolher ao término da cirurgia todo o material utilizado;
- Higienizar a placa de inox com desinfetante de alto nível padronizado pela instituição ou descartar em caso de placa descartável;
- Desprezar, o saco transparente (protetor do pedal), no lixo infectante caso esteja sujo de sangue;
- Realizar higienização concorrente do equipamento com desinfetante de alto nível padronizado pela instituição;
- Enviar a caneta de bisturi e a ponteira para o expurgo.

CUIDADOS

- A placa dispersiva deve-se ser fixada afastada de: locais com protuberância óssea, próximo ao sítio cirúrgico para que não corra risco de umidificá-la durante o ato cirúrgico e próteses metálicas;
- Verificar o posicionamento da placa quando houver necessidade de reposicionamento do usuário ou quando houver longos períodos em que os eletrodos ativos permaneçam ligados;
- O usuário não deverá entrar em contato com partes metálicas ligadas ao potencial de terra ou apresentar uma capacitância apreciável em relação à terra (por exemplo: mesa de operação e suporte de soro) para evitar choque e/ou queimaduras;
- Evitar o contato pele-pele (por exemplo: entre os braços e o corpo do usuário) com o auxílio de compressas secas;
- Escolher uma potência escolhida sempre a mais baixa possível, compatível com o procedimento desejado;
- Não cortar a placa para reduzir o seu tamanho. Uma alta densidade de corrente elétrica de rádio frequência pode provocar queimaduras no usuário;
- Falhas no sistema de controle de potência poderá acarretar um aumento indesejado da potência de saída. Informar imediatamente ao enfermeiro responsável e substituir o equipamento;
- A pele do usuário não deve estar molhada e nem em uso de cremes dermatológicos;
- Observar colocação da placa de forma adequada e em local que não atrapalhe a cirurgia;

- Aplicar gel na placa de inox em quantidade adequada para não ocasionar queimaduras (O gel aumenta a condutibilidade entre a placa e o corpo do usuário);
- Atentar para o risco de combustão, quando houver uso de substâncias inflamáveis como antissépticos e anestésicos;
- Cuidado especial com usuários em uso de marcapasso. Caso o aparelho não seja bipolar colocar a placa de retorno do usuário próximo da área cirúrgica.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de eventos adversos relacionados ao uso do bisturi elétrico;
- Maior segurança ao paciente e à equipe cirúrgica;
- Otimização do tempo cirúrgico com o uso adequado do equipamento;
- Garantia da integridade e durabilidade do bisturi elétrico por meio da manutenção adequada;
- Aumento da satisfação da equipe quanto à segurança e confiabilidade no manuseio do equipamento.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de cirurgias com checklist de bisturi elétrico realizado;
 - Frequência de treinamentos realizados sobre segurança no uso do equipamento.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de incidentes ou acidentes relacionados ao bisturi elétrico;
 - Percentual de cirurgias sem intercorrências técnicas com o equipamento.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de equipamentos com manutenção preventiva em dia;
 - Nível de satisfação da equipe cirúrgica quanto ao manuseio do bisturi elétrico.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

GRAZZIANO, E.S. [et.al]. Enfermagem perioperatória e cirurgia segura. 1ª ed. São Paulo; Yendis,2016.

POSSARI, J.F. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5ª ed. São Paulo: látria, 2011.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - ADMISSÃO E ALTA DO USUÁRIO DA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

2.2.2.67. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ADMISSÃO E ALTA DO USUÁRIO DA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1.Introdução

A Recuperação Pós-Anestésica (RPA), também conhecida como Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA ou PACU – *Post-Anesthesia Care Unit*), é um setor fundamental no centro cirúrgico, destinado à observação e assistência imediata de pacientes submetidos a procedimentos anestésicos.

O protocolo de admissão e alta do usuário na RPA é essencial para garantir a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a prevenção de complicações. A padronização das condutas permite maior organização do fluxo, comunicação efetiva entre equipe multiprofissional e assistência centrada no paciente.

2.Revisão de literatura:

A literatura evidencia que o período pós-anestésico é crítico, devido ao risco de complicações respiratórias, cardiovasculares, náuseas, dor aguda, distúrbios da consciência e sangramentos. Diretrizes internacionais, como as da **Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA)**, recomendam protocolos de avaliação criteriosa na admissão, monitorização contínua e critérios objetivos para a alta da RPA.

O uso de escalas de avaliação, como a **Escala de Aldrete e Kroulik** ou a **Modified Aldrete Score**, é amplamente difundido para determinar a prontidão para a alta, considerando

parâmetros respiratórios, circulatórios, motores, nível de consciência e oxigenação. Evidências demonstram que a aplicação de protocolos reduz a ocorrência de eventos adversos, aumenta a segurança e melhora a eficiência do cuidado perioperatório.

3.Objetivo(s):

Esclarecer o procedimento correto da admissão e alta do usuário pela enfermagem do RPA para a unidade de internação e unidade de terapia intensiva.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Maca, monitor multiparâmetros, SAEP e prontuário completo.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico Anestesiologista:

- Conduzir a transferência do paciente da sala cirúrgica para a RPA;
- Transmitir informações clínicas e anestésicas à equipe de enfermagem;
- Definir critérios clínicos específicos para a alta do paciente;
- Avaliar e intervir em intercorrências durante a permanência do paciente na RPA.

Enfermeiro de Centro Cirúrgico/Recuperação Anestésica:

- Receber o paciente e realizar avaliação inicial (sinais vitais, nível de consciência, dor, sangramentos, drenos, dispositivos invasivos);
- Supervisionar e registrar a monitorização contínua;
- Implementar protocolos de segurança, controle de dor e prevenção de complicações;
- Realizar a avaliação para alta com base em escalas validadas;
- Coordenar a comunicação com a equipe multiprofissional e familiares.

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar no transporte do paciente da sala cirúrgica até a RPA;
- Monitorizar parâmetros vitais conforme protocolos;
- Prestar cuidados diretos, como oxigenoterapia, controle de drenos, curativos e administração de medicamentos sob supervisão;
- Auxiliar na mobilização e conforto do paciente.

Circulante de Sala/Equipe de Apoio:

- Apoiar na organização da transferência segura do paciente;
- Garantir a disponibilidade de equipamentos de monitorização e materiais;
- Atuar no apoio logístico para reposição de insumos e atendimento a demandas imediatas.

6. Atividades:

- Receber o usuário na SRPA, mantê-lo aquecido e monitorizado;
- Manter a hidratação e aporte de oxigênio do usuário, se necessário, de acordo como recomendado pelo anestesista;
- Avaliar constantemente o usuário os SSVV, nível de consciência, retorno dos reflexos protetores e efeitos residuais das drogas anestésicas, a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora e registrar na SAEP;
- Avaliar SSVV e aplicar o índice de *Aldrete e Kroulik* (a partir de 13 anos) ou *Escala de Steward* (crianças de 0 a 12 anos e 11 meses), a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora. Registro deve ser realizado na SAEP, onde pontuações de 8 a 10 o usuário tem condições clínicas de ser encaminhado para unidade de internação;
- Observar rigorosamente a incisão cirúrgica, verificando se há sinais de sangramento, anotar débito urinário, verificar extravasamento de sangue pelos cateteres, cuidados com: dreno suctor (manter o reservatório sanfonado sempre abaixo do local onde o dreno está inserido.) e dreno de tórax (manter abaixo do

nível do corpo para evitar que reflua). Anotar débito, se caso necessário esvaziamento ainda na SRPA;

- Manter irrigação constante da SVD para pós-operatório imediato de cirurgias urológicas. Em caso de obstrução realizar ordenha, caso não haja fluxo, acionar o cirurgião responsável. Registrar débito, se necessário, esvaziar ainda na SRPA;
- Observar nível de consciência do usuário e possíveis alterações como reações alérgicas, se possui resposta a estímulos e comandos de Despertar, Tossir, Respirar Profundo e Movimentar Membros;
- Administrar medicação conforme prescrição do anestesista, se necessário, realizar registro na SAEP;
- Ficar atento a reflexos de náuseas e vômitos. Caso ocorra acionar anestesista e registrar medicação realizada;
- Avaliar intensidade de dor de acordo com a idade (Escala de Face para Bebê 0 a 2 anos e 11 meses), Escala de Face Crianças (3 anos a 12 anos e 11 meses) e Escala de EVA (a partir de 13 anos);
- Dar atenção às queixas do usuário (dor, frio, sudorese, ressecamento da mucosa oral);
- Manter o usuário aquecido, promover conforto e bem-estar;
- Anotar as intercorrências na SAEP no campo específico da SRPA e comunicar ao anestesista e a enfermeira, caso as ocorram;
- Alta SRPA:
- Checar com anesthesiologista a alta médica através do preenchimento da escala, atingindo a pontuação do índice de *Aldrete e Kroulik ou de Steward*, o anestesista vai realizar a alta, registrando no formulário da SAEP, bem como checar se a evolução e alta do médico anestesista descrita no Boletim de Anestesia;
- Verificar se há ausência de dor de grande intensidade e sangramento mínimo ou ausente;
- Encaminhar o usuário com: vias aéreas desobstruídas, estar consciente e facilmente despertável, sinais vitais estáveis e ausência de náuseas ou vômitos;
- Verificar se estão identificados soros, acessos, curativos, drenos e sondas;
- Ligar para informar a UI que o usuário está apto a receber alta do SRPA;

- Acionar o maqueiro para o transporte do usuário, juntamente com o técnico de enfermagem da unidade de destino;
- O enfermeiro (a) do centro cirúrgico deve repassar ao enfermeiro (a) da unidade de internação, por telefone, as condições clínicas do usuário e necessidades do pós-operatório relacionadas à continuidade do atendimento, oficializar com envio da ferramenta SBAR;
- Entregar o prontuário a equipe de enfermagem da UI/UTI/PS e assinar o checklist de Prontuário realizando dupla checagem se todos os documentos realizados no transoperatório estão no prontuário, assinados e carimbados;
- Usuários encaminhados para UTI, devem acompanhar o transporte até unidade de destino, enfermeiro, anesthesiologista, técnico de enfermagem e maqueiro, e repassar as condições clínicas do usuário;
- Desprezar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia de assistência segura e humanizada durante o período crítico pós-anestésico;
- Redução de complicações imediatas relacionadas à anestesia e ao procedimento cirúrgico;
- Alta do paciente da RPA com critérios objetivos e validados;
- Comunicação efetiva entre cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem;
- Melhora na qualidade do cuidado e na satisfação do paciente.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de pacientes admitidos com checklist completo preenchido;
 - Percentual de pacientes avaliados com escala padronizada (Aldrete e Kroulik ou similar).

- **Indicadores de Resultado:**

- Taxa de complicações na RPA (hipóxia, sangramento, arritmia, dor não controlada);
- Tempo médio de permanência na RPA até a alta;
- Índice de reingresso de pacientes na RPA após alta precoce.

- **Indicadores de Qualidade:**

- Satisfação do paciente e familiares quanto ao cuidado recebido;
- Frequência de treinamentos da equipe sobre protocolos de admissão e alta.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Caso o usuário estiver em precauções de contato e isolamento por gotículas e aerossóis, ele não poderá ir para SRPA, deverá sair de sala operatória direito para UI e/ou UTI, utilizando luvas de procedimento, avental descartável para a manipulação e transporte do usuário.

10. Referências

GRAZZIANO, E.S. [et.al]. Enfermagem perioperatória e cirurgia segura. 1ª ed. São Paulo; Yendis, 2016.

POSSARI, J.F. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5ª ed. São Paulo: látria, 2011.



PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS DESINFETADOS E ESTERELIZADOS

2.2.2.68. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS DESINFETADOS E ESTERELIZADOS

1.Introdução

O armazenamento adequado de materiais desinfetados e esterilizados é etapa fundamental no processo de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). A integridade da esterilidade depende não apenas do método de processamento, mas também das condições ambientais, estruturais e organizacionais de armazenamento.

A adoção de protocolos assistenciais padronizados garante maior segurança ao paciente, preserva a qualidade dos materiais e contribui para a rastreabilidade dos processos, assegurando a conformidade com normas técnicas e legislações sanitárias.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que falhas no armazenamento de materiais podem comprometer a eficácia da esterilização, expondo os usuários a riscos de infecção. A **RDC nº 15/2012 da ANVISA** estabelece critérios para o processamento de produtos para saúde, destacando que o armazenamento deve ocorrer em áreas limpas, organizadas, com controle de temperatura, umidade e livre de poeira.

Além disso, recomenda-se que os materiais sejam identificados com rótulos contendo data de esterilização, validade e lote, de modo a permitir rastreabilidade. A literatura reforça que práticas como o sistema de **primeiro que vence, primeiro que sai (PEPS)**, inspeções periódicas e auditorias internas são estratégias eficazes para manter a qualidade do material processado.

3.Objetivo(s):

Realizar o armazenar todos os materiais esterilizados e desinfetados, de forma sistematizada e lógica, visando facilitar sua posterior identificação e localização do produto para a saúde (PPS).

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Peroxido de hidrogênio (VH_2O_2)
- Central de material e esterilização (CME)

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME (Central de Material e Esterilização):

- Supervisionar as etapas de armazenamento, garantindo conformidade com protocolos;
- Treinar a equipe sobre critérios de conservação, validade e rastreabilidade;
- Implementar auditorias internas e monitorar indicadores de qualidade;
- Assegurar registros adequados do fluxo dos materiais.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Realizar a organização física dos materiais desinfetados e esterilizados;
- Conferir rótulos de identificação e validade;
- Aplicar corretamente o método PEPS (primeiro que vence, primeiro que sai);
- Comunicar irregularidades ou danos nas embalagens.

Equipe de Apoio/Almoxarifado:

- Apoiar na logística de distribuição e transporte dos materiais estéreis;
- Garantir condições adequadas de estocagem e controle de insumos;
- Manter ambiente limpo, ventilado e adequado ao armazenamento.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Monitorar e validar os processos relacionados à esterilização e armazenamento;
- Avaliar indicadores de qualidade relacionados ao uso seguro dos materiais;
- Emitir pareceres técnicos e propor melhorias nos fluxos institucionais.

6. Atividades:

- Receber o material proveniente da sala de desinfecção química e armazenar o material obedecendo as identificações das estantes e prateleiras para a guarda correta;
- Retirar material esterilizados nas autoclaves e esterilizador em peróxido de hidrogênio (Baumer) acionando a abertura da porta do arsenal;
- Verificar na primeira carga do dia e sempre que tiver material implantável o liberador da carga (o integrador químico tipo 5 para a esterilização em autoclaves de vapor saturado sobre pressão e tipo 4 para esterilização em peróxido de hidrogênio VH_2O_2) e o teste biológico para a confirmação da esterilidade do material processado. A carga deverá ficar em quarentena até a saída do resultado do teste biológico negativo para crescimento bacteriano na ampola teste e se APROVADOS ambos os testes, seguir com o armazenamento do material ;
- Verificar nas cargas subsequentes o liberador da carga (o integrador químico tipo 5 para a esterilização em autoclaves de vapor saturado sobre pressão e tipo 4 para esterilização em peróxido de hidrogênio VH_2O_2) para a confirmação da esterilidade do material processado se APROVADO seguir com o armazenamento do material ;
- Armazenar os pacotes e artigos quando estiverem completamente frios e realizar a guarda obedecendo as identificações das estantes e prateleiras para a guarda correta;
- Fazer a estocagem dos artigos de modo a não comprimi-los, não torcê-los, não perfurá-los para não comprometer sua esterilidade, mantendo-os longe da umidade;
- Guardar e distribuir os artigos no estoque obedecendo a ordem cronológica de seu lote de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos dos mais novos;
- Considerar como CONTAMINADOS os pacotes que caírem no chão ou que tiverem rasgados ou com a selagem violada, assim como, os que estiverem comprimidos, torcidos., úmidos, com suspeita de abertura do

embrulho e presença de sujidade. Deverão ser encaminhados para processamento na área de preparo;

- Efetuar inspeção diariamente dos itens estocados no arsenal para verificação da integridade, validade conforme escala de serviço do setor, a revisão que deverá ser feita de forma cuidadosamente e anexar um adesivo de forma redonda e cor vermelha nas caixas, bandejas ou pacotes a vencer nos próximos 30 dias. Ao mesmo tempo irá recolher os materiais com essa etiqueta anexada no mês anterior, para posterior processamento;

- Sempre que estiver com dúvida da localização dos materiais acondicionados fazer uso da padronização das

estantes no acondicionamento de materiais no arsenal.

Observação: Estocar os artigos estéreis e desinfectados na estantes obedecendo a uma distância de 25 cm do piso, de 45 cm do teto, e 5 cm da parede;

- A temperatura ambiente deverá permanecer entre 18 a 24°C com umidade relativa entre 30 a 60%.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia da manutenção da esterilidade dos materiais até o uso;
- Redução do risco de contaminação cruzada e infecções hospitalares;
- Maior segurança para pacientes e equipe de saúde;
- Organização eficiente dos estoques, com rastreabilidade dos materiais;
- Adequação institucional às normas sanitárias vigentes.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de materiais armazenados conforme protocolos (identificação, validade, local adequado);
 - Frequência de inspeções de integridade de embalagens.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de não conformidades identificadas em auditorias internas;

- Índice de materiais descartados por falhas no armazenamento;
- Taxa de eventos adversos relacionados ao uso de material contaminado.

• **Indicadores de Qualidade:**

- Percentual de treinamentos realizados com a equipe da CME e almoxarifado;
- Grau de satisfação dos setores assistenciais quanto à disponibilidade e qualidade dos materiais fornecidos.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

RESOLUÇÃO- RDC N° 15, de 15 de março de 2012.

Práticas recomendadas SOBECC, 8° edição, 2021.



PROTOCOLO ASSISTENCIAL – CONTROLE DE TEMPERATURA

2.2.2.69. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – CONTROLE DE TEMPERATURA

1.Introdução

O controle da temperatura corporal é um componente essencial na assistência hospitalar, especialmente em pacientes críticos, cirúrgicos e pediátricos. A manutenção da normotermia contribui para o equilíbrio fisiológico, reduz complicações, favorece a recuperação clínica e melhora o prognóstico.

Tanto a hipotermia quanto a hipertermia podem trazer repercussões significativas à saúde do paciente, exigindo vigilância contínua e intervenções rápidas. A padronização dos cuidados por meio de protocolo assistencial garante segurança, eficácia e qualidade no manejo clínico da temperatura.

2.Revisão de literatura:

Estudos evidenciam que a hipotermia perioperatória inadvertida está associada a maior risco de infecções de sítio cirúrgico, distúrbios de coagulação e prolongamento do tempo de recuperação anestésica. Da mesma forma, quadros febris e hipertermia podem indicar processos infecciosos, inflamatórios ou reações adversas a medicamentos, devendo ser prontamente investigados.

Diretrizes internacionais recomendam monitorização sistemática da temperatura corporal como parâmetro vital de rotina, bem como o uso de dispositivos de aquecimento ativo ou resfriamento conforme necessidade clínica. A literatura aponta que protocolos institucionais reduzem a variabilidade das condutas e favorecem a tomada de decisão baseada em evidências.

3.Objetivo(s):

Padronizar a utilização do formulário específico para controle de temperatura e umidade das áreas críticas, de forma a garantir a segurança da desinfecção e esterilização dos produtos para saúde – PPS, com base em critérios técnicos e legislação vigente.

4.RecursoS físicos e materiais

Termo-higrômetro

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico (Clínico, Intensivista, Cirurgião ou Anestesiologista):

- Prescrever medidas de controle da temperatura (aquecimento, resfriamento, uso de antipiréticos ou outros recursos);
- Avaliar causas subjacentes de alterações térmicas;
- Definir critérios para intervenções específicas em casos de febre persistente ou hipotermia.

Enfermeiro:

- Avaliar e monitorizar regularmente a temperatura do paciente;
- Implementar intervenções prescritas e não farmacológicas (cobertores, dispositivos de aquecimento, controle ambiental);
- Supervisionar a equipe de enfermagem na correta aferição e registro da temperatura;
- Identificar precocemente alterações e comunicar à equipe médica.

Técnico de Enfermagem:

- Realizar aferição de temperatura conforme protocolo institucional e registrar em prontuário;
- Auxiliar na aplicação de medidas de aquecimento ou resfriamento;

- Comunicar alterações detectadas durante a assistência direta ao enfermeiro.

Equipe de Apoio/Manutenção Hospitalar:

- Garantir o bom funcionamento de equipamentos de aquecimento e refrigeração;
- Assegurar controle ambiental adequado nas unidades assistenciais.

6.Atividades:

- No início de cada turno do plantão, dirigir-se ao local em que fica disposto o termo higrômetro;
- Verificar a temperatura e umidade do ambiente;
- Registrar em formulário próprio, contendo as seguintes informações: Hora do registro, nome do responsável pelo registro, temperatura atual, temperatura mínima, temperatura máxima, umidade;
- Caso apresente temperatura diferente do recomendado em legislação, promover o ajuste do ar-condicionado;
- Caso a temperatura continue alterada, a (o) enfermeira (o) do plantão deverá abrir chamado para a manutenção, através do aplicativo *neovero*, para verificação do ar-condicionado da área crítica;
- Registrar em livro de ordem e ocorrência qualquer anormalidade e os procedimentos que realizou para solucionar o problema.

Observações:

Conforme legislação vigente RDC 15/2012 que expressa em seu Art 52. O sistema de climatização da área de limpeza do CME classe II [...] devem atender além do disposto nas normatizações pertinentes, os seguintes itens: Manter temperatura ambiente entre 18 ° e 22° C. Art 54 O sistema de climatização da sala de preparo e esterilização do CME Classe II [...] devem atender além do disposto nas normatizações pertinentes, os seguintes itens: Manter temperatura ambiente entre 20 ° e 24° C.

7.Resultados esperados e indicadores**Resultados Esperados**

- Monitorização contínua e sistematizada da temperatura corporal em todos os pacientes;
- Redução da incidência de complicações associadas à hipotermia e hipertermia;
- Intervenção precoce diante de alterações térmicas;
- Melhora nos indicadores de segurança do paciente;
- Padronização das práticas assistenciais com base em evidências científicas.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de pacientes com registros regulares de temperatura conforme protocolo;
 - Frequência de utilização de escalas e ferramentas padronizadas para controle térmico.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de complicações relacionadas à hipotermia perioperatória;
 - Taxa de complicações associadas à febre não investigada;
 - Percentual de pacientes que mantêm normotermia durante internação/cirurgia.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Nível de adesão da equipe multiprofissional ao protocolo de controle de temperatura;
 - Grau de satisfação dos profissionais quanto à disponibilidade de recursos e equipamentos para manejo térmico.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8° edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – DESCARTE DE EXPLANTES

2.2.2.70. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – DESCARTE DE EXPLANTES

1.Introdução

O descarte adequado de explantes, entendidos como materiais ou dispositivos médicos removidos do corpo humano durante procedimentos cirúrgicos (como próteses, placas, parafusos, válvulas, cateteres e outros), é fundamental para a biossegurança e para o cumprimento das normas sanitárias.

Esses materiais, após sua retirada, são considerados resíduos potencialmente contaminados e, portanto, devem ser destinados de forma correta a fim de evitar riscos biológicos, químicos e ambientais. A padronização do manejo por meio de protocolo assistencial garante segurança ao paciente, aos profissionais e à comunidade, além de promover conformidade com legislações vigentes.

2.Revisão de literatura:

De acordo com a **RDC nº 222/2018 da ANVISA**, resíduos provenientes da assistência à saúde devem ser segregados e descartados conforme seu potencial de risco. Os explantes são classificados como resíduos de serviço de saúde do grupo A (biológicos) ou D (quando não contaminados), dependendo do caso, e requerem acondicionamento, identificação e destino final adequados.

A literatura aponta que falhas na gestão de explantes podem gerar contaminação, acidentes ocupacionais e até responsabilizações legais para a instituição. Além disso, em situações

específicas, os explantes podem ser encaminhados para análise laboratorial ou devolução ao fabricante, conforme recomendações éticas, legais e contratuais.

3.Objetivo(s):

Realizar o fluxo de saída ou incineração de explante para um destino final.

4.Recursos físicos e materiais

- Uniforme privativo do setor;
- Par de luvas de borracha de cano longo;
- Óculos de proteção;
- Máscara (N 95);
- Gorro/Touca;
- Sapatos fechados impermeáveis;
- Avental impermeável de manga longa;
- EPIS;
- Autoclaves.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Cirurgião:

- Comunicar à equipe a retirada do explante;
- Definir se o material deve ser encaminhado para análise, descarte ou devolução;
- Registrar em prontuário a retirada do material e o destino definido.

Enfermeiro de Centro Cirúrgico/CME:

- Supervisionar o processo de identificação, acondicionamento e descarte do explante;
- Garantir o cumprimento das normas de biossegurança;

- Registrar o processo em sistema próprio da instituição;
- Capacitar a equipe sobre condutas adequadas no manejo de explantes.

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar no manuseio seguro e no acondicionamento do explante;
- Realizar a identificação e segregação de acordo com protocolo;
- Comunicar irregularidades ao enfermeiro responsável.

Serviço de Apoio/Coleta de Resíduos:

- Recolher os recipientes devidamente identificados contendo os explantes;
- Transportar em condições seguras até a destinação final;
- Garantir a rastreabilidade do descarte conforme normas institucionais.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Monitorar o cumprimento do protocolo;
- Analisar eventuais incidentes relacionados ao descarte inadequado;
- Propor melhorias contínuas para o processo.

6. Atividades:

- Higienizar as mãos conforme protocolo do SCIH;
- Toda solicitação deverá ser realizada, antes do ato cirúrgico, através do formulário de autorização de retirada e descarte de explantes.
- Todo explante possui um lote e essa identificação não poderá ser retirada do mesmo;
- Após assinatura do formulário, o paciente/acompanhante terá um prazo de até 10 dias para solicitar na central de material e esterilização sua retirada.
- Quando solicitada retirada, o enfermeiro plantonista deverá realizar o preenchimento do formulário de devolução de explantes e solicitar que o paciente/acompanhante assine o

documento;

- Quando sinalizado no formulário de autorização de retirada e descarte de explantes que acompanhante ou responsável legal não tem desejo de levar o explante o mesmo após esterilização deve ser encaminhado para incineração.
- Higienizar as mãos conforme protocolo do SCIH;

Observações:

De acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012:

- *Art. 108 No CME Classe II, os produtos para saúde oriundos de explantes devem ser submetidos ao processo de limpeza, seguida de esterilização.*

§ 1º Após o processo de esterilização, estes explantes podem ser considerados como resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico e devem ficar sob guarda temporária em setor a ser designado pelo Comitê de Processamento de Produtos para Saúde ou do Responsável Legal pela empresa processadora.

§ 2º Os explantes constituídos de componentes desmontáveis, após a esterilização, não devem ser acondicionados na mesma embalagem, de forma a impedir a remontagem do produto. Parágrafo único. É proibida a entrega deste material às cooperativas de catadores ou empresas que recolhem materiais inservíveis denominadas de "ferro velho".

- *Art. 110 O material explantado poderá ser entregue ao paciente mediante solicitação formal.*

Em caso de acidente comunicar imediatamente ao enfermeiro do setor e seguir fluxo de acidentes de trabalho da unidade hospitalar.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia da biossegurança dos profissionais, pacientes e meio ambiente;
- Conformidade com legislações sanitárias e ambientais vigentes;
- Redução de riscos de acidentes ocupacionais;
- Rastreabilidade e registro adequado de todos os explantes;

- Fortalecimento da cultura institucional de segurança e responsabilidade ambiental.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de explantes descartados conforme protocolo institucional;
 - Frequência de treinamentos realizados sobre descarte de resíduos e explantes.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Número de não conformidades identificadas em auditorias internas;
 - Taxa de acidentes ocupacionais relacionados ao manejo de explantes;
 - Percentual de explantes com registro completo em prontuário e sistema institucional.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Grau de adesão da equipe multiprofissional ao protocolo;
 - Satisfação dos profissionais quanto à clareza e aplicabilidade do protocolo;
 - Índice de conformidade com fiscalizações sanitárias externas.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

Práticas recomendadas SOBECC, 8ª edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – DESCARTE DE INSTRUMENTAL INSERVÍVEL PARA INCINERAÇÃO

2.2.2.71. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – DESCARTE DE INSTRUMENTAL INSERVÍVEL PARA INCINERAÇÃO

1.Introdução

O descarte adequado de instrumental cirúrgico inservível é parte essencial da gestão de resíduos de serviços de saúde, visando à biossegurança, à proteção ambiental e à conformidade com legislações vigentes. Instrumentos que perderam sua função por desgaste, danos estruturais ou impossibilidade de recuperação devem ser destinados à incineração ou outro método seguro, evitando riscos de contaminação, reutilização inadequada ou acidentes ocupacionais.

O protocolo assistencial estabelece diretrizes para garantir segurança, rastreabilidade e responsabilidade ambiental no manejo desses materiais.

2.Revisão de literatura:

Segundo a **RDC nº 222/2018 da ANVISA**, materiais perfurocortantes e instrumentos cirúrgicos descartados devem ser tratados como resíduos do grupo E, exigindo acondicionamento rígido, seguro e destinação final adequada, como incineração ou tratamento equivalente. A literatura destaca que a manipulação inadequada desses itens pode gerar graves riscos biológicos, acidentes de trabalho e comprometimento ambiental.

Além disso, estudos sobre gestão de resíduos hospitalares evidenciam que protocolos bem estruturados e treinamentos periódicos reduzem significativamente eventos adversos, aumentam a segurança ocupacional e asseguram conformidade regulatória.

3.Objetivo(s):

Assegurar que o instrumentais inservíveis, após o processo de limpeza e esterilização, estejam isentos de risco biológico, e sejam descartados conforme RDC 15/2012.

4.RecursoS físicos e materiais (se houver)

Formulário de materiais encaminhados para a incineração

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME (Central de Material e Esterilização):

- Identificar e autorizar o descarte de instrumentais inservíveis;
- Garantir a rastreabilidade dos itens descartados por meio de registros;
- Supervisionar a equipe no acondicionamento e destinação adequada;
- Treinar os colaboradores sobre normas de biossegurança.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Realizar a separação e acondicionamento dos instrumentais inservíveis em recipientes adequados e resistentes;
- Preencher registros institucionais referentes ao descarte;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer irregularidade no processo.

Equipe de Apoio/Coleta de Resíduos:

- Transportar os recipientes contendo instrumentais inservíveis até o local de armazenamento temporário;
- Assegurar que o material seja encaminhado para incineração de acordo com o contrato institucional.

Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho:

- Monitorar riscos ocupacionais relacionados ao manuseio de perfurocortantes;
- Propor medidas de prevenção e de uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Avaliar periodicamente a conformidade do processo;
- Monitorar indicadores de segurança e não conformidades;
- Orientar melhorias contínuas no manejo de resíduos perfurocortantes.

6. Atividades:

- Conferir a funcionabilidade do instrumental, em caso de não conformidade e presença de corrosão, o técnico de enfermagem que identificou deverá sinalizar a enfermeira(o) de plantão para que realize a substituição se possível e realize a guarda do material para encaminhar para a empresa Preserve Solução de Resíduos para posterior incineração.
- Os materiais que forem encaminhados para incineração deveram se descritos em formulário específico para incineração contendo duas vias uma para controle da central de material e esterilização e outra para a Empresa Preserve Solução de Resíduos. Deverá constar no formulário: o nome do material que está sendo encaminhado para a incineração, quantidade, a data e assinatura do profissional que está realizando a movimentação do material.
- Em caso instrumental passível de revitalização encaminhar a engenharia clínica para que seja feito o reparo ou serviço específico.
- Nos casos que após a avaliação da engenharia o material não tenha com realizar o conserto o mesmo deverá retornar a central de material e esterilização, onde terá que seguir o fluxo a cima descrito.
- Material inservível: Que não serve; não tem utilidade ou préstimo; não servível; inútil. Material que apresente não conformidade quanto a funcionabilidade, presença de corrosão, ou presença de sujidade de difícil lavagem.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Eliminação segura de instrumentais inservíveis, prevenindo reutilização inadequada;
- Redução do risco de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes;
- Conformidade com normas legais e sanitárias para descarte e incineração;
- Fortalecimento da biossegurança institucional;
- Registro e rastreabilidade de todos os itens descartados.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de instrumentais inservíveis devidamente registrados e descartados conforme protocolo;
 - Frequência de auditorias internas sobre descarte de resíduos perfurocortantes.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de acidentes ocupacionais relacionados ao descarte de instrumentais;
 - Número de não conformidades identificadas em auditorias internas e externas;
 - Percentual de instrumentais com destinação final rastreada até a incineração.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Grau de adesão da equipe multiprofissional ao protocolo;
 - Satisfação da equipe em relação à segurança do processo de descarte;
 - Índice de conformidade com legislações sanitárias e ambientais vigentes.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês

Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8° edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – DESINFECÇÃO QUÍMICA PARA PRODUTOS DE SAÚDE

2.2.2.72. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – DESINFECÇÃO QUÍMICA PARA PRODUTOS DE SAÚDE

1.Introdução

A desinfecção química de produtos para saúde é um processo essencial para a prevenção de infecções relacionadas à assistência, especialmente em materiais que entram em contato com mucosas ou pele não íntegra e que não podem ser submetidos à esterilização por calor ou outros métodos físicos. Esse procedimento visa a eliminação de microrganismos patogênicos, garantindo segurança ao paciente e qualidade assistencial.

O uso de substâncias químicas desinfetantes requer padronização de práticas, monitoramento rigoroso e capacitação da equipe multiprofissional, a fim de assegurar eficácia e minimizar riscos de toxicidade ou falhas no processo.

2.Revisão de literatura:

De acordo com a **RDC nº 35/2010** e a **RDC nº 222/2018 da ANVISA**, a desinfecção química deve seguir protocolos institucionais que definam concentração, tempo de exposição, condições de armazenamento e descarte das soluções. Os desinfetantes mais utilizados incluem glutaraldeído, ortoftaldeído, peróxido de hidrogênio, ácido peracético e hipoclorito de sódio.

Estudos demonstram que a eficácia do processo depende da correta limpeza prévia dos materiais, da imersão completa no desinfetante e do respeito aos tempos recomendados pelo fabricante. A literatura ressalta ainda que a ausência de padronização e monitoramento

adequado pode levar a falhas no processo, exposição ocupacional e comprometimento da segurança do paciente.

3.Objetivo(s):

Assegurar o processo de desinfecção física de alto nível conforme preconizado na RDC nº 15/2012.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Uniforme privativo do setor;
- Par de luvas de borracha de cano longo;
- Óculos de proteção;
- Máscara (N 95);
- Gorro/Touca;
- Sapatos fechados impermeáveis;
- Avental impermeável de manga longa;
- EPIS;

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME (Central de Material e Esterilização):

- Supervisionar a execução da desinfecção química;
- Garantir o cumprimento de protocolos e legislações vigentes;
- Treinar e capacitar a equipe sobre o manuseio seguro dos desinfetantes;
- Realizar auditorias internas e monitorar indicadores de qualidade.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Executar a limpeza prévia e a imersão dos produtos de saúde no desinfetante químico;

- Controlar tempo de exposição, concentração e validade das soluções;
- Realizar enxágue e secagem adequados conforme instruções;
- Registrar todas as etapas do processo em formulários ou sistemas institucionais.

Equipe de Apoio/Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho:

- Orientar sobre uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante a manipulação de agentes químicos;
- Monitorar riscos ocupacionais relacionados à exposição;
- Assegurar condições adequadas de ventilação e armazenamento de produtos químicos.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Validar protocolos e fluxos de desinfecção química;
- Monitorar indicadores relacionados a infecções associadas ao uso de materiais submetidos ao processo;
- Recomendar melhorias contínuas para redução de riscos.

6. Atividades:

Desinfecção química de alto nível com ácido peracético:

- Realizar higienização das mãos conforme protocolo do SCIH;
- Colocar EPI's, conforme orientação do SESMT;
- Realizar o preparo da solução e a ativação da solução desinfetante utilizando 04 galões de ácido peracético 1% contendo 05 litros cada em recipiente com tampa;
- Realizar a identificar o recipiente com nome da solução desinfetante, data de ativação, data de validade, horário e nome do colaborador responsável, além de registrar no formulário de verificação da ativação do ácido peracético.
- Realiza a verificação da ativação da solução com a fita teste dosadora de verificação, caso o resultado dos testes seja não satisfatório, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável para realizar a ativação de nova solução;

- Realizar a conferência da saturação da solução química através da fita dosadora diariamente, onde a fita deve ser da mesma marca que a solução ativada, e seguindo informações do fabricante expostas no rótulo.
- Preencher o formulário de monitorização da validação do ácido peracético mediante as orientações contida no rótulo do produto e registrar a leitura da saturação. A saturação deve ser medida uma vez ao dia pela manhã para certificar que a solução química está ativa;
- Realizar a separação dos produtos que irão para desinfecção de alto nível (artigos semicríticos);
- Imergir artigos hospitalares limpos e secos em solução desinfetante por tempo determinado pelo fabricante, se artigo canulado e prolongamentos preencher o interior do lúmen, com auxílio de uma seringa, deixar submerso por 10 minutos. Antes da imersão, identificar na etiqueta externa o início da imersão, para que haja controle deste tempo, sempre se atentando a este processo;
- Após o tempo de imersão recomendado, enxaguar abundantemente em água deionizada/destilada;
- Preparar campo para disposição e secagem do material utilizando compressas esterilizadas e ar comprimido;
- Checar a integridade dos artigos e montar os kit's;
- Embalar e identificar o saco plástico ou em vedamax com etiqueta, contendo os dados: hospital, setor, processo, descrição do material, data de preparo, data de validade e nome do colaborador responsável;
- Validade de 30 (trinta) dias para artigos embalados no sistema barreira vedamax.
- Validade de 07 (sete) dias para artigos embalados no sistema saco plástico transparente.
- Checar a integridade e selagem dos pacotes;
- Descrever no formulário de produção diária da sala de desinfecção química, todos os itens submetidos a desinfecção de alto nível com ácido peracético.
- Encaminhar a sala de armazenamento para serem acondicionados em estantes destinadas a produtos submetidos ao armazenamento;
- Retirar EPI's;
- Realizar higienização das mãos conforme protocolo institucional;

Desinfecção química com álcool a 70%

- Realizar higienização das mãos conforme protocolo do SCIH;

- Colocar EPI's (conforme orientação do SESMT);
- Realizar a separação dos artigos que irão para desinfecção alcoólica (artigos não críticos e semi-críticos);
- Realizar desinfecção com álcool à 70% em PPS não críticos como: baldes, lâminas de laringoscópios, bacias, comadres, papagaios, frasco de aspiração de 05 litros, cuba rim;
- Embalar e identificar saco plástico com etiqueta, contendo os dados: hospital, setor, processo, descrição do material, data de preparo, data de validade (validade de 07 dias) e nome do colaborador responsável;
- Checar à integridade do artigo e a presença de sujidade;
- Descrever no formulário de desinfecção com álcool 70%;
- Encaminhar todo material preparado para arsenal;
- Realizar o armazenamento em local apropriado.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia de desinfecção eficaz e segura de produtos para saúde;
- Redução de infecções relacionadas à assistência;
- Padronização do processo de uso de desinfetantes químicos;
- Diminuição da exposição ocupacional a agentes tóxicos;
- Maior conformidade com as normas legais e sanitárias.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de materiais submetidos corretamente à desinfecção química conforme protocolo;
 - Frequência de monitoramento da concentração e validade das soluções químicas.
- **Indicadores de Resultado:**

- Taxa de não conformidades em auditorias sobre desinfecção química;
- Incidência de infecções relacionadas ao uso de materiais submetidos à desinfecção;
- Número de eventos de exposição ocupacional a agentes químicos.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de profissionais treinados no protocolo de desinfecção química;
 - Nível de conformidade com fiscalizações da vigilância sanitária;
 - Grau de satisfação da equipe quanto à segurança e clareza do processo.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Em caso de acidente comunicar imediatamente ao enfermeiro do setor e seguir fluxo de acidentes de trabalho do Hospital.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

Práticas recomendadas SOBECC, 8ª edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE ESTÉRIL PARA O CENTRO CIRÚRGICO

2.2.2.73. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE ESTÉRIL PARA O CENTRO CIRÚRGICO

1.Introdução

A distribuição de produtos para a saúde estéril ao centro cirúrgico é uma etapa crítica do processo assistencial, pois garante a disponibilidade de materiais em condições adequadas para os procedimentos cirúrgicos. Uma logística eficiente e segura é fundamental para assegurar a manutenção da esterilidade, prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e otimizar o fluxo cirúrgico.

O estabelecimento de um protocolo padronizado permite reduzir falhas, aumentar a segurança do paciente e aprimorar a integração entre a Central de Material e Esterilização (CME) e o centro cirúrgico

2.Revisão de literatura:

De acordo com a **RDC nº 15/2012 da ANVISA**, a distribuição de produtos estéreis deve respeitar critérios de transporte, armazenamento e rastreabilidade, assegurando que os materiais não sofram danos físicos ou comprometimento da esterilidade. A literatura aponta que a falha na logística e no manuseio dos produtos estéreis está associada ao aumento do risco de infecções cirúrgicas e atrasos nos procedimentos.

Boas práticas incluem o uso de sistemas de rastreabilidade, conferência por meio de checklists, segregação de materiais por tipo de procedimento e transporte em recipientes adequados. Estudos destacam que a padronização do processo de distribuição é determinante para a segurança e a eficiência hospitalar.

3.Objetivo(s):

Garantir o suprimento dos produtos para a saúde (PPS) estéreis ao centro cirúrgico.

4.Recursos físicos e materiais

Carro de transporte de material limpo

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME:

- Supervisionar a separação e a distribuição dos produtos estéreis;
- Garantir a rastreabilidade dos materiais;
- Capacitar a equipe sobre normas de biossegurança e manuseio correto dos produtos;
- Monitorar a conformidade com os protocolos institucionais.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Realizar a conferência e separação dos materiais de acordo com as requisições cirúrgicas;
- Embalar e transportar os produtos estéreis em condições adequadas;
- Comunicar ao enfermeiro eventuais irregularidades ou danos identificados.

Enfermeiro do Centro Cirúrgico:

- Receber, conferir e validar a chegada dos produtos estéreis;
- Assegurar que o material esteja disponível conforme a programação cirúrgica;
- Supervisionar o uso e registrar o consumo dos materiais em prontuário e sistemas de controle.

Circulante de Sala:

- Auxiliar na conferência e organização dos materiais estéreis no ambiente cirúrgico;

- Garantir que os produtos estejam disponíveis para a equipe cirúrgica de forma rápida e segura;
- Comunicar irregularidades na integridade das embalagens.

Equipe de Apoio/Logística Hospitalar:

- Apoiar no transporte interno dos produtos estéreis, respeitando critérios de segurança e higiene;
- Garantir que os fluxos de entrega sejam realizados dentro dos prazos estabelecidos.

6. Atividades:

- Utilizar EPIS (gorro, máscara, roupa privativa, sapato fechado, e propés);
- Manter o fluxo mínimo de pessoas circulando na área estéril;
- Antes de realizar a entrega do PPS observar cada pacote conferindo: modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor, identificação do pacote e data de validade, integridade do pacote;
- Controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária da instituição;
- Disponibilizar conforme solicitação e pelo mapa cirúrgico, o material dos procedimentos para o centro cirúrgico, caso seja material consignado de empresa, quem irá retirar, será o instrumentador da mesma prestadora de serviço;
- Checar item a item com o pedido do material;
- Realizar uma cópia do pedido e anexar junto ao material que será dispensado;
- Anotar no livro de saída de material (de acordo com o setor), quantidade, hora, data, setor, e ao final carimbo e assinatura de quem tá dispensando e recebendo o material.

7. Resultados esperados e indicadores**Resultados Esperados**

- Garantia da manutenção da esterilidade dos produtos de saúde até o uso;
- Redução de falhas logísticas e atrasos em procedimentos cirúrgicos;
- Maior segurança do paciente e da equipe multiprofissional;
- Padronização e rastreabilidade da distribuição de materiais estéreis;

- Conformidade com normas legais e sanitárias vigentes.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de requisições atendidas corretamente pela CME;
 - Frequência de conferência de materiais distribuídos conforme checklists.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de não conformidades em auditorias sobre integridade de materiais estéreis;
 - Número de procedimentos cirúrgicos atrasados por falhas na distribuição;
 - Percentual de perdas de materiais estéreis por falhas no transporte ou armazenamento.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de treinamentos realizados com a equipe de CME e centro cirúrgico;
 - Grau de satisfação da equipe cirúrgica quanto à disponibilidade e integridade dos materiais;
 - Índice de conformidade em fiscalizações da vigilância sanitária.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Condições especiais

- Atentar para que os produtos com prazo de validade mais próximos estejam a frente para que sejam dispensados primeiro;
- Atentar para manter a temperatura e umidade dentro dos parâmetros preconizados pela RDC 15, garantindo a segurança da esterilização dos PPS.

10. Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8° edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - ENTREGA DE MATERIAL CONSIGNADOS

2.2.2.74. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - ENTREGA DE MATERIAL CONSIGNADOS

1.Introdução

Os materiais consignados são produtos para a saúde disponibilizados por empresas fornecedoras para utilização em procedimentos cirúrgicos específicos, geralmente de alto custo e uso individualizado, como próteses, órteses e materiais especiais (OPME). Após a utilização, os itens consumidos são faturados, e os não utilizados retornam ao fornecedor.

O processo de entrega desses materiais deve ser rigorosamente controlado, uma vez que envolve aspectos assistenciais, administrativos, logísticos, éticos e legais. A padronização das etapas de entrega assegura rastreabilidade, transparência e qualidade assistencial, prevenindo falhas que possam comprometer a segurança do paciente e a gestão hospitalar.

2.Revisão de literatura:

A legislação brasileira, por meio da **RDC nº 15/2012 da ANVISA** e de normativas complementares, estabelece que os materiais consignados devem seguir as mesmas exigências de esterilidade, rastreabilidade e controle de validade que os demais produtos para a saúde. Estudos apontam que a ausência de protocolos claros para o gerenciamento desses materiais pode acarretar riscos de infecção, uso inadequado, extravios e falhas na cobrança hospitalar.

A literatura destaca a importância da integração entre equipe assistencial, setor de CME, almoxarifado e fornecedores, de modo a garantir a qualidade do material, a conformidade regulatória e a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico.

3.Objetivo(s):

Definir o prazo para recebimento pelo CME dos Produtos para saúde – PPS, que necessitem de processamento antes da sua utilização e que não pertençam ao serviço de saúde. Realizar em tempo hábil o processamento adequado destes materiais para atender as cirurgias agendadas.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Formulário de descrição do material que está sendo entregue fornecido pela empresa.

Formulário de controle de entrada e saída de materiais consignados

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro do Centro Cirúrgico:

- Conferir a chegada e integridade dos materiais consignados;
- Supervisionar o registro de entrada, uso e devolução;
- Assegurar a rastreabilidade dos materiais utilizados no prontuário do paciente;
- Capacitar a equipe sobre normas de manuseio e conferência de consignados.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Auxiliar na conferência dos materiais recebidos;
- Realizar o preparo, organização e acondicionamento dos itens consignados;
- Apoiar a equipe cirúrgica no fornecimento do material durante o procedimento.

Circulante de Sala:

- Apoiar a equipe na entrega dos materiais consignados durante a cirurgia;
- Garantir que os itens utilizados sejam devidamente registrados;
- Comunicar irregularidades ao enfermeiro responsável.

Setor de Almoxarifado/Logística:

- Registrar entrada e saída dos consignados em sistema institucional;
- Controlar prazos de devolução dos materiais não utilizados;
- Manter comunicação direta com os fornecedores para acertos administrativos.

Fornecedor/Representante Comercial:

- Disponibilizar os materiais consignados conforme solicitação prévia;
- Garantir condições de transporte, esterilidade e validade;
- Recolher itens não utilizados após o procedimento;
- Fornecer documentação e notas fiscais conforme normas vigentes.

6. Atividades:

- Entregar o impresso de autorização de uso dos artigos que vem do setor da OPME.
- Realizar conferência do material médico-hospitalar de acordo com formulário de descrição da OPME, juntamente com a (o) enfermeira (o) do plantão da CME.
- Orientar a (o) enfermeira (o) do plantão, quanto ao processo de esterilização que o material médico-hospitalar deverá ser submetido.
- Assinar o protocolo de entrega de material padronizado pela Instituição.
- Todos os PPS que não pertençam ao serviço e que necessitem de processamento antes da sua utilização deverá obedecer às determinações da CME, a entrega deverá ser feita com no mínimo 24 horas antes do procedimento agendado em horário comercial.
- Sempre que a empresa tiver problemas com a entrega do material deverá comunicar a CME para informar o horário que poderá realizar a entrega;
- Reposição de qualquer material pela OPME é responsabilidade do setor OPME juntamente com o representante da empresa consignada.
- Verificar se a caixa necessária para reposição está na CME, caso não, comunicar imediatamente o setor OPME, para que solicite ao Centro cirúrgico que desça a caixa, para ser realizado a reposição e depois fechada em embalagem específica, e a CME esterilize novamente após reposição dos instrumentais.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Garantia da disponibilidade de materiais consignados em conformidade com normas de biossegurança;
- Rastreabilidade e controle rigoroso de entrada, utilização e devolução dos itens;
- Redução de falhas administrativas e financeiras relacionadas à consignação;
- Segurança do paciente com utilização de materiais devidamente controlados e registrados;
- Fortalecimento da integração entre hospital e fornecedores.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de materiais consignados conferidos e registrados corretamente;
 - Frequência de auditorias internas sobre o fluxo de consignados.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de não conformidades em auditorias (extravios, falhas de registro, materiais vencidos);
 - Percentual de cirurgias realizadas sem intercorrências relacionadas a materiais consignados;
 - Índice de devoluções realizadas dentro do prazo.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Grau de adesão da equipe ao protocolo de consignados;
 - Satisfação dos profissionais quanto à disponibilidade e rastreabilidade dos itens;
 - Nível de conformidade com fiscalizações externas e auditorias regulatórias.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Todo material consignado de Médico deverá ser entregue a (o) enfermeira (o) do plantão, informando o tipo de lavagem e esterilização, em caso de equipamento médico, entregar cópia

do manual contendo registro da ANVISA, e acionar engenharia clínica para realizar previamente o teste, registrar a entrada em impresso próprio da instituição, e após liberação e laudo de recebimento da engenharia clínica, encaminhar ao Expurgo, realizando a lavagem e encaminhar ao preparo de forma separada, evitando perdas e danos, identificar na embalagem o nome do material e o nome do Médico.

10.Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8° edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - INSPEÇÃO DIÁRIA DAS ESTANTES DO ARSENAL

2.2.2.75. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - INSPEÇÃO DIÁRIA DAS ESTANTES DO ARSENAL

1.Introdução

A inspeção diária das estantes do arsenal cirúrgico é uma atividade fundamental para garantir a disponibilidade, integridade e rastreabilidade dos materiais destinados aos procedimentos assistenciais. Esse processo assegura que os produtos estejam armazenados de forma adequada, dentro do prazo de validade e em conformidade com as normas sanitárias e institucionais.

A padronização da inspeção diária contribui para a prevenção de falhas operacionais, otimiza a gestão de estoques e garante maior segurança ao paciente e à equipe multiprofissional.

2.Revisão de literatura:

Segundo a **RDC nº 15/2012 da ANVISA** e a **RDC nº 222/2018**, os materiais para saúde devem ser armazenados em condições ambientais adequadas, com controle de temperatura, umidade e organização que permita a preservação da integridade e esterilidade.

A literatura aponta que falhas na inspeção de estoques podem resultar em utilização de materiais vencidos, danos físicos nas embalagens e riscos de contaminação, comprometendo a segurança do paciente. Estudos sobre gestão hospitalar reforçam a importância da inspeção sistemática e documentada como estratégia para reduzir desperdícios, aumentar a rastreabilidade e melhorar os indicadores de qualidade assistencial.

3.Objetivo(s):

Realizar o controle de validade dos artigos, integridade das embalagens e pacotes, Identificação correta e etiquetas rasuradas, e a limpeza concorrente das prateleiras do arsenal.

4.RecursoS físicos e materiais (se houver)

Estantes do arsenal

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pelo Arsenal/CME:

- Supervisionar a rotina de inspeção diária das estantes;
- Validar registros de conferência e controlar prazos de validade;
- Orientar a equipe quanto a normas de armazenamento e rastreabilidade;
- Implementar ações corretivas diante de não conformidades.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Realizar a inspeção física das estantes diariamente;
- Conferir integridade das embalagens, prazos de validade e condições de armazenamento;
- Segregar materiais com irregularidades e comunicar ao enfermeiro responsável;
- Registrar a inspeção em formulários ou sistemas institucionais.

Equipe de Apoio/Almoxarifado:

- Apoiar na reposição e organização dos materiais nas estantes;
- Garantir a correta logística de distribuição e controle de insumos;
- Manter o ambiente limpo e adequado para o armazenamento.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Monitorar os processos relacionados ao armazenamento;
- Avaliar não conformidades e recomendar melhorias;
- Acompanhar indicadores de qualidade e biossegurança.

6. Atividades:

- Higienizar as mãos conforme a instrução de trabalho de higienização das mãos sempre que for manusear qualquer material esterilizado do arsenal.
- Calçar as luvas de procedimento para realizar a limpeza das prateleiras das estantes conforme a escala de atividades diárias do arsenal.
- Retirar os contêineres e materiais das prateleiras;
- Limpar as prateleiras com pano limpo e embebido de álcool 70%;
- Retirar todo o material dos contêineres para higienizá-los com pano limpo e embebido de álcool 70%;
- Organizar os artigos nos contêineres conforme a validade dos artigos;
- Artigos vencidos ou com 3 (três) dias para o vencimento, devem ser encaminhados para o reprocessamento.
- Realizar o registro da quantidade de material vencidos no formulário de reprocessamento de materiais próprio na área.
- Verificar a guarda correta dos materiais de acordo com a sua estante e prateleira conforme identificação das prateleiras.

7. Resultados esperados e indicadores**Resultados Esperados**

- Manutenção da integridade e esterilidade dos materiais armazenados no arsenal;
- Prevenção do uso de materiais vencidos, danificados ou contaminados;
- Redução de desperdícios por perdas de estoque;
- Garantia de maior segurança ao paciente nos procedimentos assistenciais;
- Padronização das práticas de inspeção e armazenamento.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de estantes inspecionadas diariamente conforme protocolo;
 - Frequência de registros completos de inspeção em sistema ou formulários.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Número de não conformidades identificadas nas inspeções (materiais vencidos, embalagens danificadas);
 - Percentual de materiais descartados por falhas de armazenamento;
 - Taxa de auditorias com conformidade total no arsenal.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de profissionais treinados sobre armazenamento e inspeção;
 - Grau de satisfação da equipe cirúrgica quanto à disponibilidade de materiais em condições adequadas;
 - Índice de conformidade em fiscalizações da vigilância sanitária.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do de	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de do	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de do	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8° edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - LEITURA DE INDICADOR BIOLÓGICO A VAPOR DE PERÓXIDO

2.2.2.76. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - LEITURA DE INDICADOR BIOLÓGICO A VAPOR DE PERÓXIDO

1.Introdução

O monitoramento do processo de esterilização é uma etapa essencial para garantir a segurança do paciente e a qualidade assistencial. Entre os métodos utilizados, o **indicador biológico (IB)** é considerado o padrão-ouro para validação do ciclo de esterilização, pois permite detectar a presença de microrganismos viáveis após o processo.

No caso da esterilização por vapor de peróxido de hidrogênio, a leitura do indicador biológico assegura que o ciclo foi eficaz, validando a integridade e esterilidade dos produtos para saúde. A padronização desse procedimento, por meio de protocolo assistencial, garante rastreabilidade, conformidade legal e biossegurança.

2.Revisão de literatura:

Segundo a **RDC nº 15/2012 da ANVISA**, o uso de indicadores biológicos é obrigatório para monitoramento e validação dos ciclos de esterilização, devendo ser realizado conforme recomendações do fabricante. A literatura científica reforça que os indicadores biológicos a vapor de peróxido de hidrogênio contêm esporos altamente resistentes (*Geobacillus stearothermophilus*), permitindo avaliar a eficácia do processo esterilizante.

Estudos apontam que a leitura adequada deve seguir rigorosamente o tempo de incubação, temperatura e interpretação dos resultados, a fim de reduzir riscos de falso negativo ou falso

positivo. A implementação de protocolos sistematizados reduz falhas humanas, assegura rastreabilidade e aumenta a confiança no processo de esterilização.

3.Objetivo(s):

Certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a morte dos microrganismos frente aos processos de esterilização utilizado.

4.Recursos físicos e materiais

autoclave a vapor saturado sobre pressão, livro de registro da máquina, incubadora de testes biológicos, ampola de teste biológico (02 unidades) e pacote testes desafio.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME:

- Supervisionar a rotina de monitoramento biológico;
- Garantir a conformidade com normas legais e protocolos institucionais;
- Avaliar resultados dos indicadores biológicos e tomar decisões frente a ciclos falhos;
- Realizar treinamentos periódicos com a equipe.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Realizar a manipulação e incubação dos indicadores biológicos conforme orientação do fabricante;
- Registrar os resultados em formulários ou sistemas informatizados;
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável em caso de resultado positivo;
- Garantir a rastreabilidade dos indicadores utilizados em cada ciclo.

Equipe de Apoio/Laboratório (quando aplicável):

- Apoiar na análise e confirmação dos resultados de indicadores biológicos;

- Emitir relatórios complementares quando solicitados.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Validar os processos de monitoramento biológico;
- Avaliar relatórios periódicos de indicadores;
- Propor melhorias frente a não conformidades identificadas.

6. Atividades:

1. Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico diariamente, na primeira carga do dia, em pacote desafio disponíveis comercialmente ou construído pela CME;
2. Higienizar as mãos;
3. Colocar a máscara e calçar luvas;
4. Separe dois indicadores biológicos do mesmo lote. Evite a queda das ampolas;
5. Colocar uma ampola em um pacote de papel Tyvek duplo e processe-o juntamente com o restante da carga, preferencialmente próximos a porta da do esterelizador.
6. Abra o pacote e retire a ampola esterilizada;
7. Identificar a ampola após o término do ciclo e antes de incubar na ampola do indicador biológico anotando no rótulo da ampola-teste o número da carga, data e identificar também a ampola controle;
8. Introduzir a ampola-teste 1/3 dentro da incubadora para realizar a quebra da ampola, dobre a parte superior da ampola plástica flexível. Isto resultará na quebra da ampola de vidro no interior da ampola de plástico, liberando o meio de cultura para contato com os esporos bacterianos. Cuidado para não romper a parte plástica;
09. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente ao disco com esporos. Certifique-se que o meio de cultura roxo embebeu totalmente o disco com esporos. A parte superior da ampola possui um filtro hidrofóbico que não deve ser molhado, por esse motivo, não agite a ampola;
10. Repita essa mesma operação feita na sequência (7, 8 e 09) na ampola controle que não foi processada;
11. Coloque as duas ampolas para incubar na incubadora selecionando o tipo de esterilização e seu tempo de incubação.
12. Aguardar resultados;

- 13.. Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros do livro do equipamento.
14. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado. Arquivar formulário;
15. Após a leitura e registro dos resultados as ampolas de teste biológico devem ser descartar na caixa coletora de perfurocortantes como tratamento prévio e posteriormente encaminhar para a incineração
16. Manter local limpo e organizado
17. Higienizar as mãos

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Monitoramento eficaz e sistemático dos ciclos de esterilização por peróxido de hidrogênio;
- Redução de falhas relacionadas ao processamento de produtos para saúde;
- Rastreabilidade e documentação completa dos ciclos esterilizantes;
- Maior segurança ao paciente e à equipe multiprofissional;
- Conformidade com legislações sanitárias vigentes.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de ciclos monitorados com indicador biológico conforme protocolo;
 - Frequência de registros completos de leitura e interpretação dos resultados.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de não conformidades identificadas em ciclos monitorados;
 - Percentual de ciclos invalidados por resultado positivo do IB;
 - Tempo médio entre a finalização do ciclo e a leitura do resultado.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de profissionais capacitados no manuseio e leitura de indicadores biológicos;
 - Grau de adesão da equipe ao protocolo institucional;
 - Índice de conformidade em auditorias internas e externas.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

- Recomenda-se a realização do teste biológico:
- No 1º ciclo de autoclave, diariamente;
- Após a manutenção preventiva e corretiva feitas no equipamento.

10.Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL - LEITURA DO INDICADOR
BIOLÓGICO A VAPOR SATURADO SOBRE PRESSÃO****2.2.2.77. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - LEITURA DO INDICADOR
BIOLÓGICO A VAPOR SATURADO SOBRE PRESSÃO****1.Introdução**

A esterilização por vapor saturado sob pressão (autoclavação) é o método mais utilizado em serviços de saúde para o processamento de produtos críticos, pela sua eficácia, segurança e custo-benefício.

A leitura do **indicador biológico (IB)** constitui o padrão-ouro no monitoramento da eficácia desse processo, permitindo verificar se houve destruição de microrganismos altamente resistentes, assegurando a esterilidade dos materiais processados. A padronização dessa prática garante rastreabilidade, conformidade com legislações sanitárias e maior segurança ao paciente.

2.Revisão de literatura:

De acordo com a **RDC nº 15/2012 da ANVISA**, o uso de indicadores biológicos é obrigatório para a qualificação e monitoramento dos ciclos de esterilização. Os IBs utilizados em autoclavação contêm esporos de **Geobacillus stearothermophilus**, microrganismo termorresistente que, quando inativado, confirma a eficácia do ciclo. A literatura aponta que a correta manipulação, incubação e interpretação dos IBs é essencial para evitar falsos resultados.

Além disso, recomenda-se que todo ciclo implantado e periodicamente os ciclos de rotina sejam monitorados com indicadores biológicos, associados a indicadores químicos e controles físicos, de modo a garantir segurança e qualidade no processamento de produtos para saúde.

3.Objetivo(s):

Certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a morte dos microrganismos frente aos processos de esterilização utilizado.

4.Recursos físicos e materiais

autoclave a vapor saturado sobre pressão, livro de registro da máquina, incubadora de testes biológicos, ampola de teste biológico (02 unidades) e pacote testes desafio.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME:

- Supervisionar o uso dos indicadores biológicos em todos os ciclos críticos;
- Validar e interpretar os resultados;
- Implementar ações corretivas em caso de falhas detectadas;
- Capacitar a equipe técnica sobre a leitura correta dos IBs.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Realizar o preparo, incubação e leitura dos indicadores biológicos conforme instrução do fabricante;
- Preencher os registros de controle e rastreabilidade;
- Comunicar ao enfermeiro resultados suspeitos ou positivos;
- Garantir a correta segregação dos lotes até liberação do resultado.

Equipe de Apoio/Laboratório (quando aplicável):

- Apoiar na análise e confirmação de resultados positivos;
- Emitir relatórios complementares de qualidade.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Monitorar a efetividade do protocolo;
- Avaliar periodicamente relatórios de não conformidades;
- Sugerir melhorias no processo de monitoramento biológico.

6. Atividades:

1. Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico diariamente, na primeira carga do dia, em pacote desafio disponíveis comercialmente ou construído pela CME;
2. Higienizar as mãos;
3. Colocar a máscara e calçar luvas;
4. Separe dois indicadores biológicos do mesmo lote. Evite a queda das ampolas;
5. Colocar uma ampola no pacote testes desafio reutilizado e processe-o juntamente com o restante da carga, preferencialmente próximos ao dreno ou porta da autoclave.
6. Terminado o ciclo de esterilização, aguarde 15 minutos para o resfriamento da carga. Abra o pacote teste desafio e retire a ampola esterilizada;
7. Identificar a ampola após o término do ciclo e antes de incubar na ampola do indicador biológico anotando no rótulo da ampola-teste o número da carga, data, número do esterilizador (autoclave). Identificar também a ampola controle;
8. Introduzir a ampola-teste 1/3 dentro da incubadora para realizar a quebra da ampola, dobre a parte superior da ampola plástica flexível. Isto resultará na quebra da ampola de vidro no interior da ampola de plástico, liberando o meio de cultura para contato com os esporos bacterianos. Cuidado para não romper a parte plástica;
09. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente ao disco com esporos. Certifique-se que o meio de cultura roxo embebeu totalmente o disco com esporos. A parte superior da ampola possui um filtro hidrofóbico que não deve ser molhado, por esse motivo, não agite a ampola;
10. Repita essa mesma operação feita na sequência (7,8 e 09) na ampola controle que não foi autoclavada;
11. Coloque as duas ampolas para incubar na incubadora selecionando o tipo de esterilização e seu tempo de incubação.
12. Aguardar resultados;
- 13.. Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros do livro do equipamento.
14. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado. Arquivar formulário;

15. Após a leitura e registro dos resultados as ampolas de teste biológico devem ser descartar na caixa coletora de perfurocortantes como tratamento prévio e posteriormete encaminhar para a incineração

16. Manter local limpo e organizado

17. Higienizar as mãos

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Monitoramento eficaz da esterilização por vapor saturado sob pressão;
- Prevenção do uso de materiais não estéreis;
- Rastreabilidade completa dos ciclos de esterilização;
- Maior segurança para pacientes e profissionais;
- Conformidade com as legislações e normas sanitárias.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de ciclos monitorados com indicador biológico conforme protocolo;
 - Frequência de registros completos dos resultados dos IBs.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de resultados positivos nos ciclos monitorados;
 - Percentual de ciclos invalidados por falhas na esterilização;
 - Tempo médio entre a finalização do ciclo e a liberação do resultado do IB.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de profissionais capacitados para leitura de IBs;
 - Grau de adesão da equipe ao protocolo institucional;
 - Índice de conformidade em auditorias internas e externas.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

- Recomenda-se a realização do teste biológico:
- No 1º ciclo de autoclave, diariamente;
- Após a manutenção preventiva e corretiva da autoclave;

- Realizar teste biológico em todos os ciclos que houverem caixas de implantes (realizar a liberação do material para o centro cirúrgico somente após a leitura com resultado **negativo** do indicador biológico).

10.Referências

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8° edição, 2021



PROTOCOLO ASSISTENCIAL - LIMPEZA DAS VÁLVULAS EXALATÓRIAS DO VENTILADOR MECÂNICO

2.2.2.78. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - LIMPEZA DAS VÁLVULAS EXALATÓRIAS DO VENTILADOR MECÂNICO

1.Introdução

O ventilador mecânico é um equipamento de suporte vital utilizado em unidades críticas para pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica. Entre seus componentes, a **válvula exalatória** desempenha papel essencial na eliminação do ar expirado e na manutenção da sincronia entre paciente e aparelho.

A correta limpeza e desinfecção desse dispositivo são fundamentais para prevenir contaminações cruzadas, reduzir risco de infecções respiratórias associadas à ventilação mecânica e garantir o funcionamento adequado do equipamento. A padronização do processo de limpeza assegura biossegurança, prolonga a vida útil dos componentes e favorece a qualidade assistencial.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que a falha na higienização de circuitos e válvulas do ventilador mecânico está diretamente relacionada ao aumento da incidência de **pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)**, uma das complicações mais frequentes em pacientes críticos. Diretrizes da **ANVISA** e de sociedades internacionais, como a **Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)** e a **American Association for Respiratory Care (AARC)**, recomendam protocolos rígidos de limpeza e desinfecção, respeitando as orientações do fabricante quanto à frequência, métodos de higienização e produtos adequados. A literatura também destaca a importância da rastreabilidade dos processos e da capacitação da equipe multiprofissional para assegurar resultados eficazes.

3.Objetivo(s):

Realizar limpeza e desinfecção de alto nível da válvula exalatória do ventilador mecânico.

4.Recursos físicos e materiais

- Uniforme privativo do setor;
- Par de luvas de borracha de cano longo;
- Óculos de proteção;
- Máscara (N 95);
- Gorro/Touca;
- Sapatos fechados impermeáveis;
- Avental impermeável de manga longa;
- EPIS;

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro de Unidade Crítica:

- Supervisionar a rotina de limpeza e desinfecção das válvulas exalatórias;
- Validar registros de limpeza e garantir a rastreabilidade do processo;
- Capacitar a equipe de enfermagem e fisioterapia sobre as técnicas corretas;
- Intervir em situações de não conformidade.

Fisioterapeuta Respiratório:

- Realizar a retirada das válvulas exalatórias do ventilador conforme protocolos;
- Executar a limpeza mecânica inicial e encaminhar para desinfecção/esterilização;
- Conferir a integridade do dispositivo após a higienização;
- Reinstalar a válvula no equipamento, garantindo o correto funcionamento.

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar na desmontagem e encaminhamento das válvulas para limpeza;
- Seguir rigorosamente o protocolo de higienização química e/ou térmica;
- Registrar o processo realizado e comunicar irregularidades ao enfermeiro.

Equipe da Central de Material e Esterilização (CME):

- Realizar a limpeza, desinfecção ou esterilização das válvulas de acordo com instruções do fabricante;
- Armazenar adequadamente as válvulas higienizadas até sua utilização;
- Manter registros completos do processo de limpeza.

Serviço de Engenharia Clínica:

- Apoiar na manutenção preventiva dos ventiladores e inspeção periódica das válvulas;
- Verificar falhas técnicas após a remontagem e antes do uso em pacientes.

6.Atividades:

- Higienizar as mãos conforme protocolo do SCIH -
- O técnico de enfermagem da CME junto ao técnico de enfermagem do setor, irão fazer a checagem da válvula exalatória na entrega do expurgo.
- O profissional da CME deverá protocolar o recebimento no expurgo, em formulário próprio do setor, quando a válvula exalatória estiver em boas condições.
- No expurgo, a válvula deve ser desmontada para ser higienizada com enzimático, dentro do seu recipiente próprio (caixinhas identificadas com o setor de origem), por 10 a 15 minutos. Não é recomendado deixar as válvulas dentro do tanque submerso no enzimático.

- Na sala de desinfecção química, é realizado a segunda checagem da válvula, para verificar a integridade da mesma. A secagem não deve ser feita com ar comprimido, para não danificar a película, sempre secar com compressas de gaze, ou pano similar.
- Ao ser higienizada, a válvula exalatória deverá retornar para a UTI de origem, o técnico de enfermagem do setor de UTI deverá fazer a retirada do artigo ventilatório no arsenal, registrando em protocolo a saída da válvula em formulário próprio da CME e no protocolo do setor de origem;
- Higienizar as mãos conforme protocolo do SCIH

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica;
- Garantia da segurança e eficácia no funcionamento do ventilador mecânico;
- Padronização dos processos de limpeza e desinfecção;
- Aumento da vida útil das válvulas exalatórias;
- Maior segurança para pacientes e profissionais de saúde.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de válvulas exalatórias submetidas à limpeza conforme protocolo;
 - Frequência de registros completos de higienização e rastreabilidade.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de infecções respiratórias relacionadas à ventilação mecânica;
 - Número de não conformidades detectadas nas auditorias de limpeza;
 - Percentual de falhas técnicas relacionadas às válvulas após higienização.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de profissionais capacitados sobre higienização de ventiladores;
 - Grau de adesão da equipe multiprofissional ao protocolo institucional;

- Índice de conformidade em inspeções da vigilância sanitária e auditorias internas.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

- Caso a válvula exalatória estiver danificada, não deverá ser recebida pela equipe da CME, a equipe deverá comunicar imediatamente a (o) enfermeiro (a) plantonista e a válvula retornará ao setor de origem;
- Realizar a notificação de quebra do equipamento, para que seja criado plano de ação com oportunidades de melhorias para prevenir novos danos;
- Em caso de acidente comunicar imediatamente ao enfermeiro do setor e seguir fluxo de acidentes de trabalho da unidade hospitalar.

10.Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

Práticas recomendadas SOBECC, 8º edição, 2021.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL - REALIZAÇÃO DO TESTE BOWIE DICK (INDICADOR QUÍMICO CLASSE II)

2.2.2.79. PROTOCOLO ASSISTENCIAL - REALIZAÇÃO DO TESTE BOWIE DICK (INDICADOR QUÍMICO CLASSE II)

1.Introdução

O teste Bowie Dick, também conhecido como **teste de penetração de vapor**, é um indicador químico de classe II utilizado para avaliar a eficácia da remoção de ar e a penetração de vapor no interior da câmara de autoclaves pré-vácuo. Trata-se de uma etapa essencial no controle de qualidade do processo de esterilização por vapor saturado sob pressão, garantindo a segurança do paciente e a eficácia da assistência prestada. A correta execução desse teste diariamente assegura que o equipamento esteja em condições adequadas de funcionamento antes do início das atividades de esterilização.

2.Revisão de literatura:

A **RDC nº 15/2012 da ANVISA** e normas internacionais, como a **ISO 11140-4**, determinam que o teste Bowie Dick deve ser realizado no primeiro ciclo do dia, com a autoclave vazia, utilizando pacotes teste ou folhas comerciais próprias. A literatura evidencia que falhas na remoção de ar e na penetração do vapor podem comprometer a esterilidade dos produtos, gerando risco direto ao paciente. Estudos demonstram que a padronização do teste e sua documentação reduzem falhas no processamento de materiais, aumentam a confiabilidade dos ciclos e atendem às exigências legais e de biossegurança em serviços de saúde.

3.Objetivo(s):

Realizar o teste nas autoclaves com pré-vácuo, a fim de monitorar todos os parâmetros que podem afetar o processo de esterilização, como: vapor supersaturado, presença de gases não condensáveis, super aquecimento e presença de bolhas de ar.

4.Recursos físicos e materiais

Pacote pronto teste desafio de Bowie Dick;
Teste desafio de Bowie Dick para pacotes manuais;
Cesto de aço inox de 10 cm;
Autoclave a vapor saturado sobre pressão;
Fita crepe;
Fita zebraada.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro Responsável pela CME:

- Supervisionar a execução diária do teste Bowie Dick;
- Validar e interpretar os resultados obtidos;
- Implementar ações corretivas diante de falhas detectadas;
- Garantir o registro adequado dos resultados e capacitar a equipe envolvida.

Técnico de Enfermagem/CME:

- Preparar o equipamento e inserir o pacote teste na autoclave conforme orientação;
- Realizar o ciclo Bowie Dick no primeiro uso diário da autoclave;
- Registrar os resultados de forma clara e comunicar ao enfermeiro responsável em caso de não conformidade.

Equipe de Engenharia Clínica:

- Apoiar na manutenção preventiva e corretiva das autoclaves;
- Realizar testes complementares quando houver falhas no Bowie Dick;
- Garantir o funcionamento técnico dos equipamentos de esterilização.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

- Monitorar periodicamente os registros dos testes;
- Avaliar não conformidades recorrentes e recomendar melhorias;
- Integrar os resultados do teste Bowie Dick aos relatórios de qualidade assistencial.

6.Atividades:

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar o pacote para teste Bowie Dick;
3. Fechar a autoclave;
4. Selecionar na autoclave a opção correspondente ao ciclo Bowie Dick;
5. Iniciar o ciclo;
6. Ao finalizar o ciclo retirar o pacote teste desafio;
7. Observar o resultado apresentado, comparando-o com os parâmetros fornecidos pelo fabricante;
10. Registrar em ficha própria folha de resultado o nome do operador, hora e data do teste e em qual autoclave ocorreu;
11. Anexar o resultado do teste Bowie Dick em formulário de registro de carga de autoclave no livro que corresponde ao esterilizado que foi utilizado;
9. Em caso de resultado insatisfatório, comunicar ao responsável técnico presente no setor (enfermeiro) e suspender o uso do equipamento imediatamente;
12. Realizar a abertura de ordem de serviço para a manutenção devida;

7.Resultados esperados e indicadores**Resultados Esperados**

- Garantia de eficácia dos ciclos de esterilização em autoclaves pré-vácuo;

- Prevenção da utilização de materiais inadequadamente esterilizados;
- Padronização do processo de monitoramento químico classe II;
- Melhora nos indicadores de biossegurança e qualidade institucional;
- Maior segurança para pacientes e equipe multiprofissional.

Indicadores

- **Indicadores de Processo:**
 - Percentual de autoclaves testadas diariamente com Bowie Dick;
 - Frequência de registros completos e rastreáveis dos resultados.
- **Indicadores de Resultado:**
 - Taxa de falhas detectadas pelo teste Bowie Dick;
 - Percentual de autoclaves liberadas para uso após aprovação no teste;
 - Número de ciclos de esterilização suspensos por não conformidade no Bowie Dick.
- **Indicadores de Qualidade:**
 - Percentual de profissionais capacitados para execução do teste;
 - Grau de adesão da equipe ao protocolo institucional;
 - Índice de conformidade em auditorias internas e externas sobre monitoramento de esterilização.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês

Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

PERIODICIDADE DA REALIZAÇÃO DO TESTE BOWIE DICK:

- Diariamente, sempre no primeiro ciclo do dia, com a autoclave sem carga (vazia), após as 00h00'.

PLANO DE CONTIGENCIA

CONFEÇÃO DO PACOTE MANUAL

1. Utilizar EPI
2. Realizar um cliço de aquecimento na programação Bowie Dick com a câmara vazia se a autoclave estiver desligada por mais de quatro (4) horas;

3. Preparar Pacote teste desafio manual deve ser utilizado 16 unidades de campos cirúrgicos 100% algodão, 25 cm X 30 cm, dobrados, recentemente lavados e não calandrados ou passados a ferro;
4. Dobrá-los de maneira uniforme em camadas, colocando-os um sobre o outro formando uma pilha de 15 de altura, 23 cm de comprimento e 23 cm de largura;
5. Colocar a folha teste entre o oitavo (8º) e nono (9º) campo do pacote;
6. envolva o pacote frouxamente utilizando um campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva branca e uma tira de cinco centímetros de fita teste (fita zebra);
7. Identificar o pacote com nome de teste Bowie Dick manual colocando a data e número do esterilizador que foi colocado;
8. Colocar o pacote no rack do esterilizador, na posição horizontalmente e de forma que o centro do pacote fique acima do dreno da autoclave. O pacote deve estar isoladamente na autoclave vazia já pré-aquecida, antes do primeiro ciclo com carga do dia;
9. Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave e iniciar o ciclo;
10. Após o término do ciclo, abrir o pacote, retirar a folha e observar a mudança uniforme de cor na folha teste. A não uniformidade da cor do indicador no centro do teste indica presença de ar residual na câmara interna, evidenciando uma falha na autoclave. Neste caso o esterilizador deverá ser interditado parado e avaliado pelo técnico da engenharia responsável;
11. Identificar na folha do teste a data, hora, o número da autoclave, operador que realizou o teste e o resultado, arquivando este documento conforme rotina da instituição;
12. Anexar o teste em impresso próprio do livro referente ao esterilizador conforme rotina da instituição;

10.Referências

AAMI ST79:2010 and A1:2010, Table 7 – **Types and applications for use of sterilization monitoring devices** Reprinted from ANSI/AAMI ST79:2010 with permission of Association for the Advancement of Medical Instrumentation, Inc. © 2010 AAMI www.aami.org. All rights reserved. Further reproduction or distribution prohibited.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências**. N° 15, de 15 de março de 2012.

SOBECC. Associação brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de material e esterilização. **Diretrizes de Práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para a saúde**, 8ª edição, 2021.

2.2.2.80. PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO EM CASOS ESPECIAIS

1.Introdução

Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre as pessoas, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, se perpetuam entre as gerações futuras.

A comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes foi estabelecida como obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990. Em 2001, o MS publicou a Portaria nº 1.968 que estabeleceu a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.

Em 2003, o MS publicou a Lei nº 10.778 que estabelece a notificação compulsória em caso de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos ou privados. Ainda neste ano, foi publicado o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003, que determinou a comunicação obrigatória pelos profissionais de saúde aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os(as) idosos(as). Em 2011, o artigo 19 do Estatuto do Idoso foi alterado pela Lei 12.461, que estabeleceu a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.

O Decreto nº 5.099, de 03 de junho de 2004, regulamentou, para todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atribuindo ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela. Ainda neste ano a Portaria MS/GM nº 2.406, de 05 de novembro, instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados.

Ainda em 2006, mediante a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.

Esse processo de aperfeiçoamento da vigilância de violências, aliado às políticas de atenção integral à saúde, proteção e garantia de direitos, foi fortalecido com a publicação da Portaria

GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos.

Por fim, em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada e publicada a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, reafirmando como uma de suas prioridades, o enfrentamento das violências. Dentre os objetivos dessa política estão a promoção da equidade, da intersetorialidade, territorialidade, participação social e a melhoria das condições e dos modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Reafirma, ainda, o compromisso com a promoção da cultura da paz e do desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável.

Deve-se destacar que a notificação de violências contra *crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas*, além da *tentativa de suicídio*, é uma **exigência legal**, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos, e para prevenção de novas tentativas de suicídio e/ou suicídio completo. De igual forma, se coloca no mesmo patamar de relevância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais como a *população indígena, pessoas com deficiência e população LGBT* (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (Brasil, 2010) que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

Diante da relevância de tal ocorrência, fez-se necessário um protocolo multidisciplinar para sistematizar o atendimento desses usuários dentro da unidade de saúde.

2.Revisão de literatura:

TIPOS DE VIOLÊNCIA

Considera-se como **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). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

- **Violência contra Criança (0 a 11 anos) e Adolescente (12 a 18 anos):** É qualquer conduta - ação ou omissão, agressão ou coersão – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, psicológico ou social;
- **Violência contra a Mulher:** É qualquer conduta - ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser mulher, e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados;
- **Violência contra o Idoso (a partir de 60 anos):** É um ato único ou repetitivo ou ainda, a omissão que cause dano ou aflição ao idoso, tal como: discriminação, agressão ou coerção, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, psicológico, social ou perda patrimonial;
- **Violência Intra familiar:** Praticada por membros da família (pai, mãe, filho, filha, marido, sogra, padrasto ou outros) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa). Geralmente, se expressa como abuso físico, sexual, psicológico ou negligência ou abandono;
- **Violência Moral:** Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem;
- **Violência Patrimonial:** Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares;
- **Violência Psicológica:** Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação,

ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal;

- **Violência Sexual:** É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. Essa violência é considerada crime, mesmo quando praticada por um familiar, seja ele pai, marido, namorado ou companheiro. Considera-se também como violência sexual o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar algum desses atos com terceiros. Consta, ainda, no Código Penal Brasileiro que a violência sexual pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro;

Violência autoprovocada/Auto-extermínio/Suicídio: Ação pela qual alguém tenta/põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas culturas. As causas são numerosas e complexas.

PROCEDIMENTOS

Qualquer profissional envolvido no cuidado com o usuário pode identificar a **suspeita ou confirmação** da ocorrência da violência, reforçando sempre o compromisso ético com o usuário, garantindo-se o sigilo nas informações de forma a minimizar constrangimentos por parte do usuário e família. Após identificação da suspeita ou confirmação da violência, deve-se iniciar o fluxo de atendimento, respeitando-se as diferenças de cada caso:

Em casos (suspeitos ou confirmados) de violência contra adolescentes, mulheres e idosos e violência sexual:

- Realizar anamnese e exame clínico minucioso;
- Observar se há discrepância entre o relato do acontecimento e as lesões observadas;
- Atendimento clínico;
- Atendimento psicológico;
- Atendimento Social;
- Notificação compulsória institucionalizada para casos de violência contra adolescentes, mulheres e idosos, através da Ficha de Notificação de Violência, sendo uma via anexada ao prontuário e

outra encaminhada ao SCIH para seguimento do fluxo (em casos de violência contra o adolescente, deve-se preencher uma terceira via para encaminhamento ao conselho tutelar);

- Em casos de violência sexual, realizar a dispensação e administração de medicamentos para a profilaxia indicadas:

I. Profilaxia para infecções não-virais para mulheres adultas e adolescentes com mais de 45kg não gestantes:

Doenças como gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual.

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento. Deverão ser realizadas todas as medicações abaixo:

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

* Esse esquema pode ser utilizado durante a gestação. **Gestantes devem usar ceftriaxona.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

II. Profilaxia para infecções não-virais para adolescentes com menos de 45kg:

Crianças apresentam maior vulnerabilidade às DST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma DST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual.

Contudo, crianças são frequentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Deve-se considerar também que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor. Nesses dois casos acima descritos, a profilaxia das DST não virais, do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B não estão recomendadas, porém é **essencial que se interrompa o ciclo de violência**.

Para as demais situações, deverão ser realizadas todas as medicações abaixo:

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. com 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única
Ceftriaxona	250mg (acompanha diluente de 2ml)	IM	Aplicar 125mg (1ml)
Azitromicina	600mg/15ml ou 900mg/22,5ml	VO	20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única

1. Caso opte pela prescrição com metronidazol, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias.

Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68).

III. Esquemas alternativos (em casos de alergias às drogas do esquema de

Medicação	Adultos	Crianças e adolescentes
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	50mg/kg/dia, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis/clamídia)
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Contra-indicado

*O uso da eritromicina pode acarretar significativos efeitos colaterais, como intolerância gastrointestinal. **contra-indicada em grávidas. Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

primeira escolha):

IV. Profilaxia contra Hepatites Virais:

i) **Hepatite B:** Avaliação do Estado sorológico prévio da vítima para indicação de vacina e doses de vacina e imunoglobulina anti hepatite b – IGHAHB (a administração de IGHAHB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal):

HBsAg	Anti-HBc IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
(+)	(+)	Infecção aguda (há pelo menos 15 dias)	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses
(+)	(-)	Infecção aguda precoce (há menos de 15 dias) ou Hepatite crônica	Realizar em 15 dias Anti-HBc IgM: (+) Infecção aguda. Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses (-) Fazer Anti-HBc total se + indica infecção crônica Anti-HBs: (+) cura (-) doença crônica
(-)	(+)	Infecção aguda	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses
(-)	(-)	Negativo ou não produz anti-corpo* * condição rara. Fonte: (BRASIL, 2008)	VACINAÇÃO e IGHAHB

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltóide 0, 1 e 6 meses após a violência sexual
Imunização ativa

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

0,06 ml/Kg
Aplicar IM em glúteo dose única
Imunização passiva

Fonte: (CGPNI/SVS/MS 2006)

OBS: A vacina e IGHAHB está disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos.

OBS: Como a imunização contra hepatite está incluída no calendário vacinal para menores de 20 anos, deverá ser considerada a administração da vacina naqueles que não a receberam.

OBS: Em casos de gestantes que sofreram a violência sexual, deve-se proceder a aplicação da IGHAHB e vacinação da criança e devem ser realizadas primeiras 12 a 24h de vida. O aleitamento materno não está contraindicado, desde que a criança receba a dose da IGHAHB e vacina no prazo adequado.

OBS: O paciente deverá ser acompanhado com sorologias para hepatite B com 0, 45, 90 e 180 dias pós-exposição.

ii) Hepatite C: Sem profilaxia prevista. Indicado acompanhamento laboratorial:

- ❖ **Bioquímica (ALT):** momento da exposição (D0), 45 dias após a exposição (D45), 90 dias após a exposição e 180 dias após a exposição (D180).
- ❖ **Sorologia (anti-HCV):** momento da exposição (D0), 90 dias após a exposição (D90) e 180 dias após a exposição (D180).
- ❖ **HCV-RNA (PCR qualitativo):** recomenda-se realizá-lo no 90º dia após a exposição, considerando a inexistência de medidas profiláticas, a exemplo de vacinas e imunoglobulinas, e diante de algumas evidências de que o tratamento da infecção aguda com antivirais (p ex. interferon) poderia prevenir a evolução da doença crônica.

OBS: em caso de soroconversão para hepatite B ou C, em qualquer fase do acompanhamento laboratorial, a paciente deverá ser encaminhada para consulta especializada.

I. Profilaxia contra o HIV:

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime.

i) Critérios para recomendação para profilaxia pós-exposição sexual ao HIV:

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

A decisão final deve considerar sempre a motivação e o desejo da vítima em se submeter à profilaxia. A falta de médico infectologista no momento imediato do atendimento pós-exposição não justifica o atraso do início da quimioprofilaxia.

ii) Esquemas de Administração:

A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas.

O esquema de primeira escolha deve combinar três antirretrovirais, por sua maior potência na redução da carga viral plasmática, sendo composto por dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), combinados com um inibidor da protease (IP) adicionado de ritonavir (r) como adjuvante farmacológico (booster).

É importante garantir que, mesmo na ausência de um médico infectologista, não ocorra retardo do início da profilaxia. Nestas circunstâncias, a profilaxia deverá ser iniciada como recomendado nas situações de desconhecimento do esquema antirretroviral do autor da agressão, com reavaliação posterior do especialista para indicar a mudança ou não dos antirretrovirais iniciados.

Profilaxia para Mulheres e Adolescentes: Deverão ser realizadas todas as medicações

1ª escolha	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (AZT) + LAMIVUDINA (3TC)	300mg/150mg	VO	01 comprimido a cada 12 horas (café e jantar)
LOPINAVIR/ RITONAVIR (LPV/r)	200mg/50mg	VO	02 comprimidos a cada 12 horas (café e jantar)

* Esse esquema pode ser utilizado na gestação.

abaixo:

OBS: O paciente deverá ser acompanhado com sorologias para HIV com 0, 45, 90 e 180 dias pós-exposição.

- O ECA prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente devem ser notificados ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente da localidade;
- Após a alta hospitalar, orientar e realizar encaminhamentos para a Rede de Serviços;
- Orientar a família e realizar encaminhamentos para a Rede de Serviços, em casos de violência contra adolescentes.

Em casos de violência autoprovocada/tentativa de suicídio:

- Realizar anamnese e exame clínico;
- Avaliação do risco de suicídio;
- Atendimento clínico;
- Atendimento psicológico;
- Atendimento Social;
- Plano terapêutico estratégico com identificação de fatores de risco e fatores protetivos;
- Notificação compulsória institucionalizada através da Ficha de Notificação de Violência), sendo uma via anexada ao prontuário e outra encaminhada ao SCIH para seguimento do fluxo;
- Encaminhamento para o serviço de saúde mental após a alta hospitalar e outros encaminhamentos necessários.

Deve-se reforçar que qualquer tipo de violência é fator de risco para tentativas de suicídio, devendo-se oferecer suporte para as vítimas de forma a prevenir a ocorrência do mesmo.

ENCAMINHAMENTOS**Em casos de violência contra a mulher:**

Violência doméstica:

- Centro de Referência de Atendimento à Mulher
- Assistência Social e Jurídica: CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Ministério público;
- DEAM (Delegacia Especializada da Mulher) e/ou Delegacias em geral;

Violência Sexual:

- Assistência Social e Jurídica: CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Ministério público;
- DEAM (Delegacia Especializada da Mulher) e/ou Delegacias em geral;

Em casos de violência contra o adolescente:

Violência doméstica:

- Conselho Tutelar e Serviços de segurança/DATA;

Violência Sexual:

- Conselho Tutelar e Serviços de segurança/DATA;

Em casos de violência contra o idoso:

Violência doméstica:

- Assistência Social e Jurídica: CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Ministério público;
- DPID (Delegacia de Proteção ao Idoso) e/ou Delegacias em geral;

Violência sexual:

- Assistência Social e Jurídica: CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Ministério público;
- Centros de Referência de Atendimento Idosa;
- DPID (Delegacia de Proteção ao Idoso) e/ou Delegacias em geral;

Em casos de violência autoprovocada/suicídio:

- Serviços de saúde mental: CAPS, Psiquiatra e Psicólogo;
- Informar a família acerca do risco e medidas de cuidado.

3.Objetivo(s):

- Organizar o fluxo de atendimento em casos de violências perpetradas contra grupos populacionais e autoprovocadas;
- Orientar quanto aos encaminhamentos necessários de acordo com cada caso.

Protocolo é vigente em toda unidade hospitalar, sendo implantado pela equipe de psicologia e serviço social.

4.Recursos físicos e materiais

- Caneta
- Formulários de Notificação

5. Atribuições de cada categoria profissional

Equipe	Tipo de instrução
Médico	• Cumprir o protocolo conforme descrito acima; • Admitir o usuário conforme • Acionar serviço psicossocial em caso de situações de suspeita ou confirmação da violência para avaliação e acompanhamento do caso junto com a equipe multidisciplinar. • Solicitar exames e prescrever medicações profiláticas conforme esse protocolo.
Enfermeiro	• Cumprir o protocolo conforme descrito acima; • Realizar admissão do usuário conforme, Investigação/Anamnese, assim procedendo com uma abordagem criteriosa e sigilosa; • Realizar Exame Físico, em um ambiente que respeite a privacidade do usuário; • Acionar serviço psicossocial em caso de situações de suspeita ou confirmação da violência para avaliação e acompanhamento do caso; • Realizar procedimentos assistenciais para atender consequências físicas e emocionais desta violência.
Psicólogo	• Cumprir o protocolo conforme descrito acima; • Realizar avaliação psicológica: Exame de Estado Mental e Acompanhamento Psicológico Plano Terapêutico; • Acompanhamento psicológico diário;

	• Discutir caso com o Serviço Social; • Realizar Notificação compulsória institucionalizada através da Ficha de Notificação de Violência em conjunto com o Serviço Social; • Interagir com a equipe multidisciplinar e propor plano terapêutico estratégico com identificação de fatores de risco para suicídio e fatores protetivos; • Realizar encaminhamentos para rede de serviços de apoio psicossocial.
Assistente Social	• Cumprir o protocolo conforme descrito acima; • Atender o(a) usuário(a) vítima de violência, realizando o acolhimento com escuta qualificada para realização de avaliação social; • Nos casos suspeitos ou confirmados de violência será feita a notificação compulsória institucionalizada através da Ficha de Notificação de Violência em conjunto com a psicologia; • Será realizado orientações acerca de Boletim de Ocorrência e exame de Corpo Delito e posteriormente encaminhamento para a rede de atendimento especializado conforme cada caso.
Farmacêutico	• Cumprir o protocolo conforme descrito acima; • Realizar a dispensação e administração de medicamentos para a profilaxia indicadas.

6. Atividades:

As atividades estão descritas em consonância com o item 2 do presente protocolo – revisão da literatura.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultado esperado - Possibilitar um melhor reconhecimento dos sinais das várias formas de violência, e na atuação dos profissionais da equipe de saúde na suspeita, confirmação do diagnóstico, tratamento das lesões e possíveis sequelas, bem como a adequada abordagem e encaminhamentos, de forma a zelar e valorizar os Direitos Humanos no espaço de saúde.

Indicador – Não se aplica

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adolescentes, mulheres, pessoas idosas, população indígena, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), internados e/ou atendidos na unidade hospitalar vítimas de violência física, sexual, psicológica, moral e/ou autoprovocadas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Usuários que não tenham sofrido violência física, sexual, psicológica, moral e/ou autoprovocadas.

10. Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais)**. Diário Oficial da União - Seção 1, 09/11/2004. Brasília/DF, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004**. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html>.
Acesso em 20 jul 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011**. Brasília, DF: 2011. Disponível em
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm>. Acesso em 20 jul 2016.

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto 5.099 de 3 de junho de 2004**. Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

2.2.2.81. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

1.Introdução

A avaliação do grau de dependência do paciente constitui uma ferramenta essencial para a assistência em saúde, possibilitando identificar o nível de autonomia e a necessidade de cuidados de enfermagem e multiprofissionais. Essa prática é determinante para o planejamento da assistência, definição do dimensionamento de pessoal, monitoramento da evolução clínica e tomada de decisões gerenciais.

No contexto hospitalar e de atenção especializada, instrumentos validados, como o **Índice de Katz**, a **Escala de Barthel** e a **Classificação de Grau de Dependência da ANVISA**, são frequentemente utilizados para padronizar essa avaliação, contribuindo para maior segurança, equidade e eficiência no cuidado.

2.Revisão de literatura:

Estudos nacionais e internacionais demonstram que a correta avaliação da dependência do paciente está diretamente associada à melhoria dos resultados clínicos, redução de riscos relacionados à assistência e otimização do uso de recursos (SANTOS et al., 2020).

A Resolução COFEN nº 543/2017 regulamenta o uso de sistemas de classificação de pacientes (SCP) como ferramenta obrigatória na prática de enfermagem para subsidiar a alocação adequada de recursos humanos.

Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) orienta a organização do cuidado de forma integral, respeitando as necessidades individuais de cada paciente, o que inclui a correta estratificação do grau de dependência.

As principais escalas utilizadas incluem:

- **Índice de Katz** – avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD).
- **Escala de Barthel** – mensura a independência em atividades básicas como alimentação, mobilidade e autocuidado.
- **Classificação ANVISA/COFEN** – define graus de dependência (mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo) para subsidiar o dimensionamento da equipe de enfermagem.

3.Objetivo(s):

Padronizar o processo de avaliação do grau de dependência do paciente, garantindo assistência segura, individualizada e humanizada, além de subsidiar o planejamento da equipe multiprofissional e a gestão de recursos.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Formulários de avaliação de dependência (impresso ou eletrônico).
- Escalas validadas (Katz, Barthel, Classificação COFEN/ANVISA).
- Prontuário físico ou eletrônico para registro dos resultados.
- Recursos de informática (computadores/tablets) para registros digitalizados.
- Material de apoio para capacitação da equipe (protocolos institucionais, manuais).

5.Atribuições de cada categoria profissional

- **Enfermeiro:**
 - Realizar a avaliação inicial e periódica do grau de dependência.
 - Registrar em prontuário e validar resultados obtidos pela equipe.
 - Definir plano de cuidados de acordo com a classificação.
 - Supervisionar técnicos de enfermagem na aplicação das escalas.

- **Técnico de Enfermagem:**
 - Auxiliar na coleta de dados e observação diária do paciente.
 - Preencher formulários conforme orientação do enfermeiro.
 - Relatar alterações de funcionalidade e autonomia do paciente.
- **Médico:**
 - Correlacionar o grau de dependência com o diagnóstico clínico.
 - Solicitar avaliações complementares quando necessário.
- **Fisioterapeuta:**
 - Avaliar mobilidade funcional e capacidade de deambulação.
 - Registrar evolução em prontuário e propor plano de reabilitação.
- **Terapeuta Ocupacional:**
 - Avaliar habilidades para atividades de vida diária e independência funcional.
 - Desenvolver plano de treino e adaptação de atividades.
- **Assistente Social/Psicólogo:**
 - Avaliar contexto social e familiar, suporte de cuidadores e implicações emocionais da dependência.
 - Propor estratégias de suporte psicossocial.

6. Atividades:

- Avaliação Inicial: realizada pelo enfermeiro na admissão, utilizando escala institucional validada.
- Reavaliações: periódicas (mínimo 1 vez/dia em internações agudas; semanal em longa permanência).
- Registro: todos os resultados devem ser documentados em prontuário, físico ou eletrônico.
- Classificação: paciente categorizado em Grau Mínimo, Intermediário, Semi-intensivo ou Intensivo.

- Plano de Cuidados: construído em equipe multiprofissional conforme o grau de dependência.
- Monitoramento: enfermeiro revalida mudanças relatadas por técnicos de enfermagem ou demais profissionais.
- Comunicação: equipe multiprofissional deve ser notificada de alterações significativas.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Padronização da avaliação do grau de dependência em todos os pacientes internados.
- Maior precisão no dimensionamento de pessoal de enfermagem.
- Redução de eventos adversos relacionados à sub ou superestimação da dependência.
- Melhor planejamento da alta hospitalar com envolvimento da família/cuidador.
- Aumento da segurança e qualidade da assistência.

Indicadores

- Percentual de pacientes avaliados na admissão (meta $\geq 95\%$).
- Percentual de pacientes reavaliados diariamente (meta $\geq 90\%$).
- Tempo médio para registro da avaliação após admissão (meta ≤ 2 horas).
- Taxa de adequação do dimensionamento de enfermagem conforme grau de dependência (meta $\geq 90\%$).
- Número de incidentes relacionados à assistência em pacientes com dependência não avaliada (meta = 0).

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica,	Protocolo e	Validação do protocolo	1º mês

	Assistencial e NQSP	Cronograma de Treinamento		
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4º mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: MS, 2013.

COFEN. Resolução nº 543/2017 – Regulamenta a utilização de sistemas de classificação de pacientes para dimensionamento de pessoal de enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

ANVISA. Resolução RDC nº 7/2010 – Dispõe sobre requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: ANVISA, 2010.

SANTOS, M. J. et al. Avaliação do grau de dependência de pacientes hospitalizados: implicações para a gestão do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 2020.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14:61–65, 1965.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged: the Index of ADL. *Journal of the American Medical Association*, 185(12):914-919, 1963.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

2.2.2.82. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

1.Introdução

O jejum pré-operatório é uma prática indispensável para a segurança do paciente cirúrgico. Sua finalidade principal é reduzir o risco de broncoaspiração pulmonar durante a indução anestésica, complicação potencialmente grave associada ao conteúdo gástrico residual.

Durante muitos anos, estabeleceu-se a orientação de jejum prolongado; entretanto, evidências atuais demonstram que períodos mais curtos, ajustados ao tipo de alimento ingerido, são igualmente seguros e menos prejudiciais ao paciente, reduzindo desconfortos, hipoglicemia, desidratação e resistência insulínica.

2.Revisão de literatura:

Estudos recentes, apoiados por sociedades científicas como a **American Society of Anesthesiologists (ASA)**, indicam que a ingestão de líquidos claros (água, suco sem polpa, chá, café sem leite) até 2 horas antes da indução anestésica não aumenta o risco de complicações anestésicas. Já a ingestão de leite materno é permitida até 4 horas antes, fórmulas lácteas até 6 horas, e refeições leves até 6 horas. Refeições com alto teor de gordura, proteínas ou frituras devem ser suspensas por pelo menos 8 horas.

A implementação de protocolos atualizados traz benefícios como menor tempo de internação, menor irritabilidade em crianças, menor instabilidade hemodinâmica e melhora do bem-estar do paciente.

3.Objetivo(s):

Estabelecer diretrizes padronizadas para o jejum pré-operatório, garantindo a segurança do paciente, prevenindo complicações anestésicas e promovendo a humanização do cuidado por meio da redução de desconfortos desnecessários.

4.Recursos físicos e materiais

- Prontuário eletrônico ou físico atualizado.
- Impressos ou checklists de confirmação de jejum.
- Materiais educativos (folders, cartazes) para pacientes e acompanhantes.
- Canetas, etiquetas e pulseiras de identificação.
- Equipe treinada para orientação adequada.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médico Cirurgião/Anestesiologista:

- Definir e registrar o tempo de jejum recomendado para cada paciente, conforme procedimento e condições clínicas.
- Orientar equipe sobre casos específicos (diabéticos, gestantes, pediátricos).

Enfermagem (enfermeiros e técnicos):

- Confirmar horário da última refeição do paciente.
- Orientar paciente e acompanhante sobre tempo de jejum.
- Registrar em prontuário as informações prestadas e recebidas.
- Checar adesão ao protocolo no pré-operatório imediato.

Equipe Multiprofissional (Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia quando aplicável):

- Nutrição: ajustar dieta prévia ao procedimento, evitando alimentos de difícil digestão.
- Psicologia/Serviço Social: oferecer suporte emocional e educativo ao paciente ansioso, minimizando impacto do jejum.
- Fonoaudiologia (casos específicos, disfagia): orientar consistência de líquidos e alimentos conforme condição clínica.

6. Atividades:

- **Orientação inicial (na internação ou consulta pré-operatória)**
 - **Quem:** médico e enfermeiro.
 - **Como:** informar verbalmente e por escrito os horários e alimentos permitidos.
- **Confirmação do jejum (no dia da cirurgia)**
 - **Quem:** equipe de enfermagem.
 - **Como:** checar com paciente e acompanhantes a adesão ao protocolo; registrar em prontuário.
- **Registro e comunicação**
 - **Quem:** todos os envolvidos.
 - **Como:** assegurar que informações estejam disponíveis no prontuário, repassadas na passagem de plantão e confirmadas na sala cirúrgica.
- **Condução de casos especiais**
 - **Quem:** anesthesiologista e cirurgião.
 - **Como:** ajustar tempo de jejum conforme risco, condições clínicas e tipo de cirurgia.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução do risco de broncoaspiração e complicações anestésicas.
- Melhoria no conforto físico e emocional do paciente no pré-operatório.

- Diminuição de intercorrências metabólicas (hipoglicemia, desidratação).
- Padronização da conduta entre profissionais e setores.
- Maior satisfação do paciente e acompanhante quanto à qualidade da assistência.

Indicadores

- **Taxa de adesão ao protocolo de jejum (%)** – nº de pacientes orientados corretamente ÷ nº total de pacientes.
- **Taxa de complicações relacionadas ao jejum (%)** – nº de intercorrências (hipoglicemia, broncoaspiração) ÷ nº total de pacientes.
- **Índice de satisfação do paciente/acompanhante (%)** – avaliado por questionário de alta.
- **Conformidade de registro em prontuário (%)** – nº de prontuários com registro adequado ÷ nº total analisados.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês

Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Preoperative Fasting. Anesthesiology, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção ao Paciente Cirúrgico no Pré e Pós-operatório. Brasília: MS, 2018.

ROBERTS, S. M.; SHARP, D. S. Preoperative fasting and patient outcomes. British Journal of Anaesthesia, v. 123, n. 5, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO, 2009.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ADMISSÃO, ALTA E CUIDADOS PÓS-ALTA DA UTI

2.2.2.83. PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ADMISSÃO, ALTA E CUIDADOS PÓS-ALTA DA UTI

1.Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada a pacientes em estado crítico, que necessitam de monitorização contínua e intervenções imediatas. O processo de admissão, alta e cuidados pós-alta deve seguir fluxos assistenciais padronizados, garantindo segurança, continuidade do cuidado e integração entre equipes multiprofissionais. A admissão adequada assegura estabilização rápida e início precoce de terapêuticas necessárias. A alta, por sua vez, deve ocorrer de forma criteriosa, planejada e comunicada, evitando reinternações precoces. Os cuidados pós-alta são fundamentais para assegurar transição segura para unidades de menor complexidade ou para o domicílio.

2.Revisão de literatura:

Estudos apontam que falhas nos processos de transição entre níveis de cuidado estão associadas a maior taxa de morbimortalidade e reinternações hospitalares. Protocolos estruturados, como o **Checklist de Admissão e Alta da UTI**, recomendados pela **ANVISA** e pela **Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (AMIB)**, contribuem para reduzir riscos e aumentar a eficiência assistencial. Pesquisas internacionais reforçam que a comunicação eficaz entre profissionais, pacientes e familiares durante a alta é determinante para o sucesso da continuidade do cuidado, especialmente quando envolvem planos terapêuticos e de reabilitação.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o processo de admissão, alta e cuidados pós-alta de pacientes da UTI.
- Assegurar continuidade e integralidade do cuidado.
- Promover comunicação efetiva entre equipes multiprofissionais, paciente e família.
- Reduzir riscos de eventos adversos e reinternações.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Leitos de UTI devidamente equipados (monitores multiparamétricos, bombas de infusão, ventiladores mecânicos).
- Prontuário eletrônico ou físico atualizado.
- Checklists de admissão e alta.
- Recursos de transporte intra-hospitalar (macas, ventiladores de transporte, oxigênio portátil).
- Materiais educativos para família e paciente no pós-alta.

5.Atribuições de cada categoria profissional

- **Médico Intensivista:** definir critérios de admissão e alta; prescrever terapêuticas; comunicar equipe multiprofissional e familiares.
- **Enfermagem (enfermeiros e técnicos):** organizar leito para admissão; monitorizar paciente; registrar evolução; orientar paciente/família sobre alta e cuidados posteriores.
- **Fisioterapia:** avaliação respiratória e motora; definir plano de desmame ventilatório; orientar exercícios pós-alta.
- **Nutrição:** ajustar dieta durante internação; orientar família sobre alimentação após alta.
- **Psicologia/Serviço Social:** oferecer suporte emocional; articular rede de apoio social e familiar; facilitar reintegração.

- **Farmácia Clínica:** revisar prescrição medicamentosa na admissão e na alta; identificar riscos de interações; orientar continuidade do tratamento.

6. Atividades:

1. Admissão

- **Quem:** equipe de enfermagem, médico intensivista e fisioterapia.
- **Como:**
 - Receber paciente do setor de origem.
 - Realizar avaliação clínica inicial (A-B-C-D-E).
 - Registrar sinais vitais, dispositivos invasivos e condição geral.
 - Organizar prescrição inicial (médico).
 - Montar plano terapêutico multiprofissional.

2. Alta

- **Quem:** médico intensivista e equipe multiprofissional.
- **Como:**
 - Avaliar critérios clínicos de estabilidade.
 - Comunicar paciente/família e equipe receptora.
 - Elaborar relatório detalhado (diagnósticos, terapêuticas, cuidados pendentes).
 - Registrar no prontuário e checklist de alta.

3. Cuidados Pós-Alta

- **Quem:** equipe multiprofissional da UTI em conjunto com unidade receptora e/ou equipe de atenção domiciliar.
- **Como:**
 - Garantir prescrição médica atualizada.
 - Orientar paciente/família sobre medicações, dieta, fisioterapia e sinais de alerta.
 - Encaminhar relatórios para rede de atenção (ambulatório, atenção primária, atenção domiciliar).

- Monitorar evolução por meio de contato de retorno quando aplicável.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Admissão segura e eficaz, com estabilização precoce.
- Planejamento estruturado de alta, evitando reinternações.
- Paciente e família orientados quanto ao cuidado pós-hospitalar.
- Comunicação multiprofissional fluida e documentada.
- Redução de complicações pós-alta (infecção, descompensações clínicas).

Indicadores

- **Tempo médio de admissão na UTI (minutos)** – entre chegada do paciente e estabilização inicial.
- **Taxa de reinternação em UTI (%)** – nº de pacientes reinternados em até 72h ÷ nº total de altas.
- **Taxa de eventos adversos no processo de admissão/alta (%)** – nº de falhas registradas ÷ nº total de admissões/altas.
- **Percentual de altas planejadas com checklist completo (%)** – nº de altas com checklist ÷ nº total de altas.
- **Índice de satisfação do paciente/família (%)** – apurado por questionário pós-alta.

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica,	Protocolo e	Validação do protocolo	1º mês

	Assistencial e NQSP	Cronograma de Treinamento		
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (AMIB). **Diretrizes de Boas Práticas em Terapia Intensiva**. São Paulo, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: WHO, 2016.

O'MAHONY, S.; O'CONNOR, T. Communication at transitions of care in critical care medicine. *Critical Care Clinics*, 2018.

2.2.2.84. **PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Os **Protocolos de Segurança do Paciente** são instrumentos normativos e operacionais que orientam a prática assistencial com foco na prevenção de incidentes e na redução de riscos relacionados à atenção à saúde. Fundamentados na **Política Nacional de Segurança do Paciente (Portaria MS nº 529/2013)** e na **RDC nº 36/2013 da ANVISA**, esses protocolos visam promover uma cultura institucional voltada à segurança, fortalecendo a gestão de riscos e a qualidade do cuidado prestado. Sua adoção sistemática padroniza condutas, estabelece barreiras de segurança, e assegura que as ações assistenciais sejam executadas de forma segura, eficiente e centrada no paciente. Além disso, a implementação e o monitoramento dos protocolos — como identificação do paciente, segurança na prescrição e administração de medicamentos, cirurgia segura, prevenção de quedas e úlceras por pressão, entre outros — contribuem diretamente para o aprimoramento contínuo dos processos, alinhando a instituição às melhores práticas preconizadas pela **Organização Nacional de Acreditação (ONA)** e pela **Organização Mundial da Saúde (OMS)**.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – IDENTIFICAÇÃO SEGURA

2.2.2.85. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – IDENTIFICAÇÃO SEGURA

1.Introdução

A identificação do paciente é considerada um dos primeiros cuidados para uma assistência segura e consiste na utilização de tecnologias, como pulseira de identificação, definição de identificadores, etiqueta para identificação de material para exame e identificação no leito, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde, não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de consultas e exames ambulatoriais.

Desta forma, compreendemos que a identificação correta do paciente é de grande relevância para a garantia da segurança do paciente em todos nossos processos assistenciais tendo em vista termos fatores que podem potencializar os riscos relacionados à falha na identificação tais como: estado do paciente, nomes iguais ou parecidos, mudança de leito, mudança de equipe, dentre outras circunstâncias no ambiente.

A identificação correta do paciente está prevista na RDC ANVISA nº 36 de julho de 2013, que instituiu ações para promover a segurança do paciente em serviços de saúde. O ISMS instituiu o protocolo de identificação do paciente com a finalidade de garantir a correta identificação de cem por cento dos pacientes e a corresponsabilização de todos os agentes envolvidos, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para qual se destina em todo o processo assistencial.

2.Revisão de literatura:

A literatura científica evidencia que grande parte dos eventos adversos em hospitais decorre de falhas na identificação do paciente. Estudos apontam que o uso de pulseiras padronizadas com informações legíveis e a conferência ativa da identidade (nome completo e data de nascimento) antes de qualquer intervenção são estratégias altamente eficazes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Joint Commission International (JCI) recomendam o uso de, no mínimo, dois identificadores confiáveis, nunca incluindo o número do leito ou localização física do paciente. No Brasil, a RDC nº 36/2013 da ANVISA reforça a necessidade de protocolos institucionais para a promoção da segurança do paciente, destacando a identificação segura como prática obrigatória.

3.Objetivo(s):

Garantir a identificação do paciente de forma correta e contínua durante toda a sua permanência nesta instituição de saúde e prevenir erros relacionados a falhas na identificação em todos os processos assistenciais, desde sua admissão até a transferência e/ou alta hospitalar.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

A fim de implementar o protocolo de identificação do paciente com efetividade, se- guem abaixo especificidades que deverão ser seguidas e ampliadas aos conheci- mentos de todos os colaboradores que compõem nas unidades gerenciadas pelo ISMS.

Ressaltamos que, cada unidade hospitalar possui sua própria rotina, placas de identificação e demais particulares singulares. Assim, devem ajustar conforme necessidade.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares):

- Conferir a identificação do paciente antes de qualquer procedimento, medicação ou coleta de exames.
- Orientar pacientes e familiares sobre a importância da pulseira e da conferência ativa.
- Notificar inconformidades ou ausência da pulseira imediatamente.

Médicos:

- Verificar a identificação do paciente antes de prescrições, consultas, procedimentos e cirurgias.
- Reforçar a cultura de segurança, garantindo que todos os atos sejam precedidos pela conferência ativa da identidade.

Equipe multiprofissional (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas):

- Checar identificação antes de qualquer intervenção terapêutica.
- Registrar em prontuário a confirmação da identificação.

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratório, imagem, hemodiálise):

- Garantir conferência da identidade antes da realização de exames.
- Confirmar com o paciente ou acompanhante os dados antes da coleta/execução do procedimento.

Serviço administrativo e recepção:

- Assegurar que o paciente receba a pulseira de identificação no momento da admissão.
- Confirmar dados cadastrais e mantê-los atualizados no sistema.

6. Atividades:**Características da pulseira de identificação**

A pulseira de identificação deverá ser na cor branca, com identificadores na cor preta, letra legível, impressão durável, impermeável, segura, inviolável, de material que não se desgaste facilmente quando exposto à água, sabão, álcool, hemocomponentes, fluidos corporais e a qualquer outro líquido ou preparação.

A pulseira deverá ser confortável, sem cantos, contornos e bordas que possam irritar ou friccionar a pele, não alergênica e fácil de limpar.

Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nome múltiplos e hifenizados.

Os identificadores devem ter estilo da fonte de fácil leitura, evitando itálico, fonte ornados e simulando manuscrito. O tamanho da fonte deve ser de no mínimo entre 12 e 14 pontos.

Identificadores obrigatórios nas pulseiras e etiquetas:

Os identificadores padronizados como obrigatórios para pacientes atendidos no nas unidades gerenciadas pelo ISMS são de **quatro marcadores de identificação**:

Nome completo, sem abreviações.

Data do nascimento, no formato curto – exemplo: DD/MM/AAAA (22/01/1985).

Nome completo da mãe.

Número do prontuário do paciente.

Exemplo:

		Nome Completo: Data de nascimento: Nome da mãe: Prontuário:		

Identificação de pacientes internos

Todos os pacientes admitidos nas unidades gerenciadas pelo ISMS para atendimento de urgência e emergência, internação, cirurgia eletiva, hemodinâmica, hemodiálise, atendimento ambulatorio, exames SADT, incluindo pacientes advindos de transferências externas, serão identificados com pulseira de identificação, conforme modelo acima.

O pelo auxiliar administrativo da Recepção realizará o cadastro do paciente e conferência dos dados junto ao documento de identificação com foto ou certidão de nascimento.

Após ser realizada a conferência dos documentos, o auxiliar administrativo da Recepção confeccionará a pulseira de identificação do paciente.

A colocação da pulseira de identificação no momento da admissão do paciente na recepção é de responsabilidade do auxiliar administrativo da Recepção que realizou a admissão do usuário, sendo obrigatória a confirmação da identificação correta e marcadores corretos pelo enfermeiro, no momento da admissão na unidade onde o mesmo irá ficar internado ou em observação.

Local para colocação da pulseira adulto e pediátrico

A pulseira de identificação deverá ser colocada, preferencialmente, no pulso direito. Caso não seja possível a instalação neste membro, será obedecida a seguinte ordem:

Pulso esquerdo;

Tornozelo direito;

Tornozelo esquerdo;

Na impossibilidade de colocação nos membros, deverá ser fixada etiqueta de identificação no tórax do paciente.

Local para colocação da pulseira em recém-nascidos (RN)

Os recém-nascidos, deverão receber duas pulseiras de identificação plástica, descrita de forma manual, contendo os mesmos identificadores da pulseira impressa, com letra legível, escrita com caneta azul ou preta e a avaliação da legibilidade do nome do paciente deverá ser realizada com maior frequência devido a facilidade de remoção da tinta quando em contato com líquidos, devendo ser fixada no tornozelo direito.

As pulseiras deverão ser colocadas no recém-nascido, imediatamente, após o nascimento, com o acompanhamento da parturiente ou do acompanhante, ainda na sala de parto.

As duas pulseiras (uma para mãe e uma para RN) deverão conter informações idênticas: RN de... nome completo da mãe, data de nascimento (DD/MM/AAAA), sexo, peso e hora do nascimento. No caso de recém-nascidos gemelares, deverá ser acrescentado o número romano, referente à ordem do nascimento (Gemelar I e Gemelar II de... nome completo da mãe).

Em caso de gemelares, será colocada na mãe uma pulseira, referente a cada recém-nascido.

Após a internação do RN, o enfermeiro do setor onde RN permanecerá internado, deverá fixar uma outra pulseira impressa.

Pulseira ilegível ou danificada

Caso esteja ilegível ou danificada, a pulseira deverá ser trocada, imediatamente, pelo enfermeiro responsável pela assistência ao paciente, o mesmo poderá delegar a troca da pulseira a outro membro da equipe de Enfermagem, porém sob sua supervisão.

Caso o profissional que identificou a ilegibilidade ou defeito na pulseira não seja enfermeiro (a), o mesmo providenciará a substituição, acionando a Recuperação. A equipe que estiver no plantão é responsável pela substituição da pulseira.

Todos os profissionais que prestam assistência direta ou indireta aos pacientes nas unidades gerenciadas pelo ISMS têm obrigação quanto a identificação segura dos nossos usuários, portanto, têm o dever de comunicar ao enfermeiro do plantão para a troca da pulseira ilegível e/ou danificada, assim que identificado.

Remoção da pulseira

A pulseira deverá permanecer por todo período que os pacientes permanecem nas unidades gerenciadas pelo ISMS. Só será removida em caso de alta hospitalar.

O controlador de acesso da portaria, após confirmação, através de documentos que comprovem a alta hospitalar, irá remover a pulseira e desfigurar-la (cortar em pedaços pequenos);

Não se deve retirar a pulseira do paciente ainda na enfermagem

No momento da transferência externa hospitalar, a pulseira não deverá ser retirada.

Identificação do corpo pós-morte

A identificação do corpo pós-morte deverá seguir o padrão de identificação do paciente preconizado pelo hospital (nome completo, data de nascimento, nome completo da mãe e nº do prontuário). O corpo deverá ser identificado com duas placas padronizadas para o óbito (Identificação de Óbito – FO.XXXX.CVE.001). A primeira placa deverá ser afixada na pele do paciente, na região do tórax, e a segunda, externamente na embalagem, na parte superior do tórax (anexo 1). A placa de identificação do óbito encontra-se disponível no Interact.

Identificação de material de laboratório e análise patológica

As etiquetas utilizadas para identificar os tubos de amostras sanguíneas e não sanguíneas coletadas pelo Laboratório, bem como os resultados dos exames, devem conter os quatro identificadores. Mais identificadores poderão ser utilizados de acordo com as rotinas do setor e necessidade da identificação da amostra (exemplo: número da ficha).

Nos casos de peças para biópsia, além dos identificadores padronizados, serão necessárias as seguintes informações: tipo de peça, solução conservante, data e hora do procedimento. Outros dados poderão ser acrescentados de acordo com o tipo de amostra e rotina do laboratório de análise patológica.

A identificação das amostras deverá sempre estar fixada no corpo dos tubos e frascos, nunca na embalagem plástica ou tampa.

Identificação De Pacientes Com O Uso De Placas No Leito

As placas no leito serão impressas pelo auxiliar administrativo da Recepção no ato da internação do paciente na recepção, através do sistema eletrônico, e anexá-la ao prontuário do paciente (anexo 2).

A placa deverá ser impressa em tamanho A4 e em formato paisagem.

A placa de identificação deverá ser afixada, preferencialmente, acima da cabeceira do leito em quadro aviso ou acetato, devendo ser substituída sempre que necessário, a exemplo da inserção de novas informações e retirada em caso de transferência ou alta dos pacientes.

Na Terapia Renal Substitutiva a placa de Identificação é colocada próxima a Máquina de diálise e contém informações diferenciadas como peso e dados da diálise.

Identificação Afetiva, Social E Raça/Cor

A IDENTIFICAÇÃO AFETIVA é uma dinâmica humanizada realizada pelas equipes assistenciais em conjunto com a Humanização aos pacientes internados nas Enfermarias e UTI's têm uma identificação diferenciada à beira leito com o projeto IDENTIFICAÇÃO AFETIVA, a sensibilização foi implantada pela Supervisão de Enfermagem, cuja arte é validada pela Comunicação. Consiste em estreitar os laços com os nossos assistidos com a elaboração de uma pequena biografia para que nossos usuários se sentem mais acolhidos e com cuidados personalizado.

Nome Social é um direito conquistado por todas as pessoas que lutam pela troca do nome que representa um gênero com o qual não se identificam. É a forma pela qual uma pessoa se reconhece e quer ser reconhecido, e na prática não é exclusivo para pessoas transgênero, transexuais ou travestis, mas um direito de todas as pessoas. O nome social também é de interesse coletivo, porque identifica a pessoa pelo nome que ela é conhecida perante a sociedade, tanto para o exercício de seus direitos como para o cumprimento de suas obrigações. Mas atenção: o nome social não deve ser confundido com apelidos ou alcunhas; nomes fantasia, nomes comerciais, religiosos; titulações profissionais, acadêmicas ou de qualquer ordem. Sendo registrado e informado no cadastro do paciente em sistema PR e utilizado conforme manifestação do usuário.

Raça/Cor: são registrados e informados no cadastro do paciente em sistema PR conforme autodeclaração pelo usuário quando a este item.

Identificação De Acompanhantes / Visitantes

O controle de acesso nas unidades gerenciadas pelo ISMS objetiva oferecer à comunidade um ambiente seguro, padronizar critérios de acesso e identificação, prover segurança patrimonial e proporcionar segurança para funcionários e garantindo a integridade de pacientes, familiares e demais colaboradores, bem como resguardando o patrimônio da instituição.

O acesso ao hospital será controlado utilizando recurso de tecnologia da informação, com registros em sistema eletrônico, ou em livro (contingência), que permitam identificar as pessoas que transitam na instituição. Deverá ser apresentado documento oficial com foto para registro de dados oficiais. As áreas de entrada, saída e de circulação são monitoradas mediante a adoção de circuito interno de câmeras, cooperando para a regulação e identificação de acesso a áreas não permitidas.

Tanto os visitantes, quanto os acompanhantes serão identificados pelo uso pulseira padronizada na cor **cinza**, com etiqueta com identificadora com a unidade e do leito do paciente que

acompanha/visita e deverá permanecer identificado durante o tempo em que estiver na instituição.

A pulseira deverá ser removida, no balcão de recepção do bloco D, quando da alta do paciente, ou ainda, no momento da troca do acompanhante ou saída de visitante.

Para fins deste protocolo, serão considerados visitantes de pacientes, as pessoas que são identificadas na recepção para visita a paciente internado nas unidades gerenciadas pelo ISMS, inclusive avós e irmãos de recém-nascidos internados.

A liberação dos visitantes ocorrerá de modo a permitir a entrada de dois visitantes por leito, por dia, um por vez, em horário pré-definido pela instituição.

Sem Identificação no Momento Admissão (Inconscientes, Desorientados)

A identificação do paciente em situações que tenha ausência de informações tais como: inconscientes, desorientados, sem documentos e sem acompanhantes, será registrada em um livro específico na recepção com a seguinte descrição: SEM IDENTIFICAÇÃO mais o local onde foi encontrado, até confirmação dos dados corretos. Posteriormente, acionar a equipe do Serviço Social, para busca ativa das informações corretas, quando possível.

O cadastro do paciente no sistema deverá conter a informação SEM IDENTIFICAÇÃO mais o local onde foi encontrado, o qual deverá constar na pulseira de identificação e placa da cabeceira do leito.

Pacientes sem Documentos na Admissão

Pacientes que buscam atendimento, porém não possuem documentos de identificação oficial com foto no momento da admissão, deverá ser registrado no sistema com a denominação SUPOSTO antes do nome declarado e, posteriormente, a equipe de Enfermagem e/ou da Recepção deverá acionar o Serviço Social para orientações.

Assim que o Serviço Social providenciar a documentação do paciente, deverá solicitar a regularização dos dados junto a equipe de recepção.

Identificação de Dietas (Oral, Enteral E Parenteral)

As alimentações (orais e enterais) dispensadas devem conter etiqueta com os quatro identificadores do paciente para as quais se destina.

A identificação deve estar afixada no corpo da embalagem e nunca na tampa da embalagem garantindo a identificação do produto.

A copeira, ao dispensar os alimentos, deverá checar a identificação pelo mapa nutricional e placa do leito do paciente e sempre perguntar o nome completo e data de nascimento ao paciente ou acompanhante e recolher assinatura quando dispensado a dieta.

Plano De Contingência

Em caso de impossibilidade de impressão da pulseira, através da impressora térmica, o paciente deverá ser identificado com pulseira plástica de forma manual, contendo os mesmos identificadores da pulseira impressa, com letra legível, caneta azul, e a avaliação da legibilidade do nome do paciente deverá ser realizada com maior frequência devido a facilidade de remoção da tinta, quando em contato com líquidos.

Em caso de indisponibilidade de gerar a placa de identificação pelo sistema, as placas deverão ser impressas utilizando-se layout disponível no Interact.

Em última situação, haverá placas impressas em branco para serem preenchidas manualmente, contendo os quatro identificadores do paciente, a idade, o número do leito e data da admissão.

Quanto ao RN, na impossibilidade de utilização das pulseiras de cores azul e rosa, deverá utilizar-se de pulseiras da cor branca, com preenchimento manual dos dados de identificação.

Pontos Críticos da Identificação do Paciente

Pontos críticos são aqueles em que, caso ocorra falha no processo de identificação, poderá causar danos ao paciente (eventos adversos). Exemplo:

Antes de administração de medicamentos.

Administração de sangue, hemoderivados e hemocomponentes.

Coleta de Material para Exames

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome do paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito ou com a rotulagem do material que será utilizado.

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

Peça ao paciente que declare seu nome completo e data de nascimento.

Atenção:

SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro manual encontra-se legível.

NUNCA pergunte ao paciente “você é a Sra. Silvia?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a placa com o nome acima do leito está correta.

IMPORTANTE: o número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de movimentações no decorrer da estadia do paciente no hospital.

Notificação dos Casos de Falha na Identificação de Pacientes

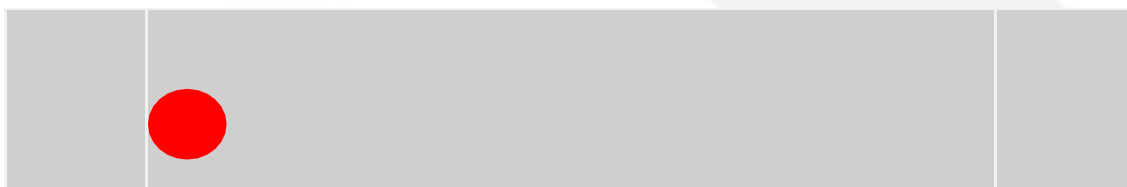
Todos os incidentes envolvendo identificação do paciente devem ser notificados no Interact ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações deve ser monitorada pelos gestores das áreas e NQSP.

Identificação em Caso de Alergia

Nos casos em que o paciente apresente alergia, tanto a medicamentos, alimentos e outros, deverá ser fixada uma bolinha na cor vermelha, identificação na placa de identificação do leito, na área de riscos assistenciais e marcador em prontuário (evolução e prescrição).

EXEMPLO:



Identificação dos Riscos Assistenciais

Os riscos assistenciais deverão ser sinalizados, para pacientes internados, na placa de identificação do leito. Esta sinalização deve ocorrer de forma manual, após avaliação específica de cada risco, seguindo o protocolo específico.

Devem estar sinalizados, minimamente, os riscos de alergia, flebite, lesão por pressão, queda, broncoaspiração.

Indicadores de Monitoramento

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizados na instituição para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados. Devem-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

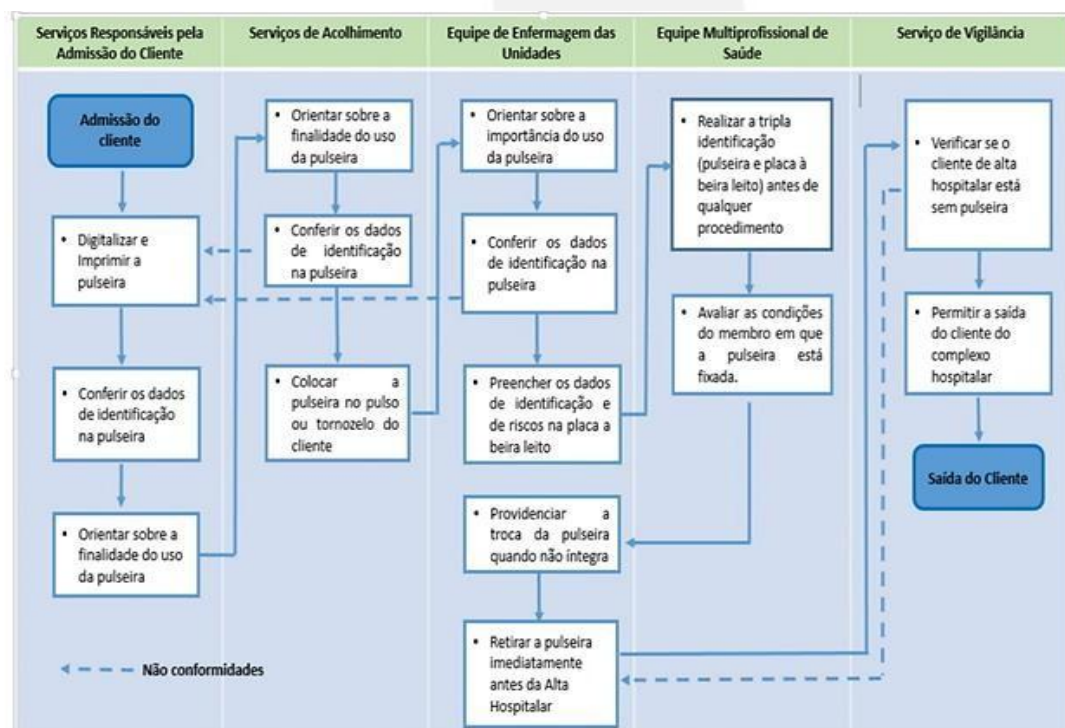
Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição.

7. Resultados Esperados

Garantir a correta identificação do paciente em atendimento nas unidades gerenciadas pelo ISMS, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes relacionados a falha na identificação, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Fluxograma



7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de erros relacionados à administração de medicamentos, transfusões e procedimentos.

- Diminuição da ocorrência de eventos adversos associados à identificação incorreta.
- Padronização das práticas de identificação em todos os setores da instituição.
- Aumento da confiança dos pacientes e familiares no cuidado prestado.
- Fortalecimento da cultura de segurança e qualidade assistencial.

Indicadores

- **Taxa de pacientes sem pulseira de identificação (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de pacientes sem pulseira} \div \text{Número total de pacientes internados}) \times 100$.
- **Taxa de não conformidade na checagem de dois identificadores (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de falhas na utilização de dois identificadores} \div \text{Número total de observações realizadas}) \times 100$.
- **Número de incidentes notificados relacionados à falha de identificação (mensal).**
- **Percentual de adesão da equipe às práticas de conferência ativa (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de procedimentos realizados com checagem adequada} \div \text{Total de procedimentos observados}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

Elaboração do Plano de treinamento	do	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo		Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	de	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013, 168p.

_____. Portaria n° 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

_____. Portaria n° 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

_____. Portaria n° 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

_____. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014.

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – COMUNICAÇÃO EFETIVA

2.2.2.86. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – COMUNICAÇÃO EFETIVA

1.Introdução

A Comunicação efetiva é aquela que produz um efeito real, positivo, quando uma mensagem transmitida do emissor para o receptor é compreendida sem ruído, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada. A prática da comunicação efetiva é chave para garantir a segurança do paciente.

É considerada prioridade institucional, requerendo para sua implementação a adoção de ferramentas e de comportamentos padronizados para melhorar o trabalho em equipe e reduzir risco. A prática da comunicação efetiva para a gestão requer a existência de espaços democráticos de participação e líderes preocupados com o desenvolvimento humano e intelectual dos membros da sua equipe.

O desenvolvimento das equipes é elemento essencial para a segurança do paciente e, no campo da comunicação, as ações devem ser inseridas em um plano anual de capacitação, no sentido

do aprimoramento das competências relacionais, da felicidade no trabalho, da construção de feedback positivo e do uso de metodologias padronizadas de comunicação, de forma a conferir a clareza, a objetividade e a assertividades necessárias para a assistência oportuna, segura, humana e desejada pelo paciente, assim:

- A comunicação efetiva é relevante em qualquer ambiente. Dessa forma, as instituições reduzem a ocorrência de erros, resultando na melhoria da Segurança do Paciente;
- A comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado deve ser clara, para que não comprometa nenhuma etapa da assistência;
- A comunicação é a troca de informações envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem;
- A comunicação efetiva é a Segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente;
- Falhas na comunicação podem causar sérios danos ao paciente.

2.Revisão de literatura:

Estudos nacionais e internacionais mostram que mais de 60% dos eventos adversos estão relacionados a falhas de comunicação, especialmente em momentos críticos como passagens de plantão, transferências intra-hospitalares, admissão de pacientes em setores críticos e prescrições médicas.

A OMS e a Joint Commission destacam a importância de ferramentas estruturadas de comunicação, como o método **SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação)**, que auxilia na transmissão objetiva e padronizada das informações. No Brasil, a RDC nº 36/2013 da ANVISA e o PNSP reforçam a necessidade da comunicação clara, escrita e verbal, assegurando que dados essenciais sobre o paciente sejam corretamente compreendidos e compartilhados.

3.Objetivo(s):

Este protocolo tem como objetivo auxiliar os profissionais de saúde a reconhecer os momentos críticos existentes na comunicação entre as equipes de saúde e sistematizar as ações para melhoria dos processos comunicacionais entre os profissionais.

Assim, faz-se necessário criar mecanismos eficaz desde comunicação entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, com pacientes e familiares, visando aumentar a

segurança da prestação da assistência e reduzindo, conseqüentemente, o número de casos de erro por falha na comunicação e eventos adversos relacionados.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

Materiais administrativos, caso seja necessário para os registros.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares):

- Realizar passagem de plantão utilizando protocolos estruturados (ex.: SBAR).
- Garantir a conferência e o registro de informações críticas no prontuário.
- Confirmar orientações recebidas e repassadas, reduzindo riscos de interpretações equivocadas.

Médicos:

- Prescrever de forma clara, legível e sem abreviaturas não padronizadas.
- Confirmar verbalmente informações críticas, como ajustes de doses, solicitações de exames urgentes e procedimentos invasivos.
- Participar de discussões interprofissionais assegurando o alinhamento das condutas.

Equipe multiprofissional (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas):

- Registrar todas as condutas e evoluções de maneira clara, objetiva e padronizada.
- Informar à equipe de enfermagem e médicos sobre alterações no quadro clínico do paciente.
- Utilizar protocolos de comunicação estruturada ao relatar intercorrências.

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratório, imagem, hemodiálise):

- Confirmar dados antes de executar exames ou procedimentos.
- Informar imediatamente resultados críticos à equipe assistencial responsável.
- Garantir clareza nos laudos e relatórios técnicos.

Gestores e coordenação assistencial:

- Implementar treinamentos periódicos em protocolos de comunicação segura.
- Monitorar e avaliar a adesão da equipe às práticas de comunicação estruturada.
- Estimular a cultura de segurança baseada em transparência, cooperação e respeito.

6. Atividades:**Sequência Operacional da Rotina:**

- Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente;
 - Adotar relatórios escritos, passagem de plantão beira do leito e/ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos;
 - Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos;
 - Respeitar os horários padronizados para as passagens de plantão;
 - Promover feedback (retorno construtivo) e read back (Ler de volta, repetir ordem verbal) em casos de dúvidas de correntes da falta de clareza na comunicação.
 - Viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente;
- Fatores Pre disponentes para Erros de Comunicação:
 - Comunicação incompleta e ambígua;
 - Displicência no momento de comunicar e ouvir;

- Sobrecarga de trabalho, fadiga, estresse;
 - Ambiente com poluição sonora;
 - Estrutura hierárquica.
- Nesta Instituição a Comunicação Ocorrerá Através:
 - Comunicação verbal;
 - Quadros e/ou painéis de informação;
 - Prontuário;
 - E-mail;
 - Comunicados internos.
 - A presença de intérprete nos casos de paciente indígena.
 - Fomentar e promover processos de Educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas;

Características Essenciais para a Comunicação Efetiva entre os Profissionais:

- Clareza;
- Precisão;
- Objetividade;
- Informações completas;
- Informações sem ambiguidade;
- Comunicação em alça fechada.

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade (readback ou comunicação em alça fechada).

A Transmissão de Informações nas Unidades deve ser Realizada na Forma:

- A passagem de plantão presencial e a beira leito (setores fechados) e padronizada a cada troca de turno para todas as categorias de profissionais.
- Entre horário/plantão: Nome do cliente, diagnóstico médico, estado geral, nível de consciência, dispositivos em uso, exames realizados durante as últimas 24 horas, intercorrências e mudanças no quadro de saúde, pendências para os próximos plantões, novas condutas adotadas, início de novas drogas e mudanças na infusão/concentração, troca de local dos acessos (sugerimos substituir pela palavra “intravenosos”) venoso periférico, integridade da pele, etc..
- Visitas multidisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Coordenadores, supervisores, por áreas entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares;
- Discussões multidisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave;
- Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional, núcleo de segurança do paciente e gestão;
- Sempre confirmar as informações recebidas, repetindo-as para o locutor, com a finalidade de conferir se elas foram compreendidas corretamente;
- Toda anotação deve ser escrita, de forma clara, objetiva, contendo as informações necessárias com relação aos procedimentos e atitudes tomadas e descrever (o que foi feito, o porquê da sua não realização e a data).

Competências comunicacionais desenvolvidas unidades gerenciadas pelo ISMS:

Competência Execução

Saber Escutar Sem interferir ou julgar; valorizar as preocupações dos pacientes e familiares; demonstrar interesse pelo paciente e por suas preocupações

Obter informações Usar perguntas abertas (para conhecer)

Esclarecer Dúvidas Adequar a linguagem ao paciente

Resumir Informações Coletadas

Para obter confirmação pelo paciente

Fornecer informações: Em linguagem adequada, clara, simples e acessível para o paciente (idade e capacidade de compreensão); completa para as necessidades do paciente naquele momento

Avaliar o grau de compreensão do Paciente para a informação transmitida

Realizar perguntas abertas que permitam avaliar se o paciente entendeu o que foi informado e uso de perguntas fechadas (para confirmar ou refutar informações)

Aconselhar e educar o paciente

De acordo com os valores do paciente, promovendo comportamentos saudáveis; entender que o paciente tem o direito de conhecer sua condição de saúde para fazer suas escolhas

Tomar decisões com base nas informações recebidas

Utilizar a imparcialidade; Empoderar o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde e tratamento

Aplicar estratégias para comunicar informações importantes

Uso de cores, desenhos, linguagem de sinais e outros métodos, adequados para a comunicação, como resposta a demanda se necessidades específicas dos pacientes; utilizar protocolo de comunicação de más notícias

Usar linguagem não verbal

Compreender a importância dessa forma de comunicação e seu impacto na comunicação; identificar o que o paciente comunica com a linguagem não verbal; demonstrar interesse pelas ideias, valores e preocupações do paciente, por meio da linguagem não verbal (contato visual, tom de

voz, expressão facial e toque físico, tal como segurar a mão)

Fornecer informações

Em linguagem adequada, clara, simples e acessível para o paciente (idade e capacidade de compreensão); completa

para as necessidades do paciente naquele momento

Usar linguagem eletrônica

De forma clara, completa e ética; respeitando os limites éticos do uso de ferramentas eletrônicas/video conferência para comunicação em saúde

Usar linguagem verbal Importância da linguagem verbal (conteúdo e tom de voz) no trabalho em equipe e no cuidado aos pacientes. Conhecer os limites seguros para a adoção da comunicação verbal na prática assistencial

Aplicar a ética no processo de comunicação

Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e as relacionadas com a idade do

paciente; demonstrar respeito pelos valores, crenças e preocupações do paciente

Estabelecer

vínculos empáticos com o paciente e família

Compreender a partir da perspectiva do paciente e família; Saber se colocar no lugar da doença do outro

Compreender a influência do ambiente na comunicação

Entender como o silêncio, a ausência de interrupções e a privacidade influenciam a comunicação com o paciente e familiares; entender a influência do ambiente na comunicação em equipe

Saber mediar conflitos e realizar mediar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente

Orientações para a comunicação segura na passagem de plantão entre profissionais unidades gerenciadas pelo ISMS:

- As passagens de plantão devem ser realizadas presencialmente, em um ambiente calmo, silencioso e com reduzida interrupção, permitindo espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas;
- O profissional que receberá o plantão seja pontual (se possível chegar 10 min de antecedência);

- Utilizar nomenclatura adequada, com linguagem clara, direta e objetiva;
- Concentrar-se para receber as informações fornecidas;
- Ser cauteloso ao expor situações particulares do cliente que exigem sigilo profissional.

O Que Comunicar? Como Comunicar? Quem? Quais Ferramentas?

Acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de interesse institucional, que aconteceram durante o período

trabalhado Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso Todas as categorias Comunicação verbal, prontuário, formulário específico, livro de ocorrência,

Método SBAR

Nota

A passagem de plantão deverá ser realizada prioritariamente entre os membros da mesma categoria, ou seja, médico para médico, enfermeiro para enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem para técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico para farmacêutico, fisioterapeuta para fisioterapeuta e assim sucessivamente.

A passagem de plantão deverá ocorrer na entrega ou na troca de turno de trabalho (diurno para noturno e noturno para diurno).

A Técnica SBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Na técnica SBAR, situação (situation) corresponde ao enunciado conciso do problema; background, à informação pertinente e breve acerca da situação; avaliação (assessment), à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação (recommendation) à Ação necessária/

recomendada (REBRAENSP,2013).

Estado clínico do paciente e evolução

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso o estado clínico do paciente e como evoluiu durante o

plantão Médico/ Enfermeiro / Técnico de Enfermagem/ Equipe Multiprofissional Comunicação verbal, prontuário, formulário específico, livro de ocorrência, método SBAR

Medicamentos de alta vigilância e reações adversas

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso os medicamentos que o paciente utilizou durante o turno, se apresentou reação adversa.

Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem/ farmacêutico/ Técnico de farmácia

Comunicação verbal, prontuário, formulário específico, livro de ocorrência, método SBAR

Nota

Informações sobre alergias deverão ser registradas em prontuário, registradas na prescrição e repassadas a cada troca de plantão para evitar eventos adversos.

As suspeitas de reações adversas deverão ser notificadas ao NQSP.

O Que Comunicar? Como Comunicar? Quem? Quais Ferramentas?

Aspectos nutricionais

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso o estado nutricional e aspectos da terapia nutricional. Garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro

clínico do paciente;

Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem/ Nutricionista, Intérprete Comunicação verbal, prontuário, Formulário específico.

Condutas adotada e cuidados específicos (precauções, dispositivos invasivos) Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto as condutas adotadas e

cuidados específicos Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem

Prontuário

Exame laboratoriais alterado e condutas efetuadas

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto aos exames laboratoriais alterados e

condutas adotadas Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem

Comunicação verbal, prontuário, exames

Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto aos procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus

preparos

Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem

Formulário específico, livro de ocorrência, quadro de avisos, Kanban

Cirurgias agendadas e o seu preparo

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto a cirurgia agendada e o seu preparo

Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem

Formulário específico, livro de ocorrência, quadro de avisos, Kanban.

Presença de acompanhantes

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto a presença e a necessidade de

acompanhante Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem

Formulário específico

Intercorrências e ou pendências clínicas

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto as intercorrências e ou pendências clínicas

Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem

Formulário específico, livro de ocorrência, quadro de avisos, Kanban.

Comunicação na transição do cuidado:

- O termo transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e continuidade do cuidado em saúde quando pacientes são transferidos entre diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de

cuidado em uma mesma instituição de saúde, ou entre diferentes profissionais (COLEMAN, 2003 e WHO, 2016). Na transição do cuidado do paciente unidades gerenciadas pelo ISMS as informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas, de forma a poder ter sua acurácia conferida. São exemplos de estrutura de perguntas abertas: Você pode repetir as pendências na assistência para paciente M.J.A?

Existem três formas de transição do cuidado do paciente:

- Na transferência intra-hospitalar;
- Na transferência inter-hospitalar;
- Na passagem de plantão;
- As transferências intra-hospitalar e inter-hospitalar podem ser temporárias ou definitivas;
- A transição do cuidado intra-hospitalar é a transferência entre unidades da mesma instituição. É considerada temporária quando o paciente é transferido para a realização de um procedimento e retorna para a unidade de origem, e definitiva quando não retorna.

Os quadros abaixo especificam como a comunicação deverá acontecer e as ferramentas a serem utilizadas em cada modalidade, ou seja, são orientações para a comunicação segura na transferência intra-hospitalar e ou inter-hospitalar temporária.

O Que Comunicar? Como Comunicar? Quem? Quais Ferramentas?

A transferência temporária (exame, cirurgia...) Ligar para o setor que receberá o paciente confirmando horários de procedimentos e preparos necessários

Médico/Enfermeiro

Telefone

Nota1– Em caso de cirurgias eletivas: a primeira paciente segue conforme o mapa cirúrgico, as seguintes são solicitadas pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou assistente administrativo (confirmar se o assistente adm se enquadra nesse processo?) do centro cirúrgico.

Nota2– Em caso de cirurgias de urgência: o enfermeiro ou médico das unidades comunica ao centro cirúrgico a necessidade de uma sala de cirurgia.

Nota3– Em caso de atrasos ou suspensão de procedimentos o enfermeiro entrará em contato com a unidade de origem para comunicar o ocorrido. O enfermeiro ou médico da unidade onde a paciente se encontra comunica ao paciente/acompanhante/familiar o ocorrido.

O motivo da transferência

Informar ao paciente e ao acompanhante/ familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá,

bem como a hora prevista de ocorrer

Médico/Enfermeiro

Comunicação verbal e prontuário

Nota–A equipe responsável pelo transporte varia em virtude do quadro clínico do paciente, conforme protocolo de transporte seguro da instituição.

Nota–O profissional que acompanhar o paciente para exames (sugerimos retirada) deverá permanecer com o mesmo até o término do procedimento e conseqüente retorno a unidade de origem, realizando o recebimento e passagem das informações sobre o paciente nos momentos da transição do cuidado.

A história e evolução do paciente registrada sem Prontuário A saída do prontuário para outra instituição não é permitida. Documentos que devem seguir com o paciente, dentro da necessidade, são: guia de referência/ AIH/ APAC, cópia de exames que possam contribuir para o procedimento/ avaliação e a

evolução médica do dia e prescrição do dia

Médico/Enfermeiro/Técnico de enfermagem

Prontuário completo (24h), Formulário Transição de Cuidados (SBAR)

Nota–Todos os pacientes devem ser transferidos entre setores do hospital acompanhados do prontuário e profissional de saúde.

Que Comunicar? Como Comunicar? Quem? Quais Ferramentas?

Medicamentos em uso pelo paciente

Planejar a transferência temporária separando os medicamentos prescritos nas doses previstas para o período de tempo em que o paciente estará em trânsito para a realização do exame/procedimento e materiais necessários

Farmacêutico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Prescrição válida para o dia

Nota1–Os medicamentos deverão ser transportados, juntamente com o material e equipamentos necessários para o cumprimento integral da prescrição.

Nota2–Os medicamentos termolábeis deverão ser transportados, em uma caixa térmica com bateria e controle de temperatura, para preservar suas características para uso.

Fluxo de Notificação de Resultado CRÍTICO para usuário interno

I. Responsáveis:

Médico radiologista (sinalizador de exame crítico); Auxiliar administrativo (Notificador); Enfermeiro ou médico da unidade assistencial (Receptor da notificação).

Metodologia e registro:

Diante da detecção de exame crítico, o médico radiologista deve sinalizar o exame durante a liberação do laudo no sistema da Telerradiologia Mobilimed. O auxiliar administrativo após identificar um resultado crítico, deve sinalizar a notificação do resultado crítico à unidade, deve-se utilizar a metodologia Read back com registro no Formulário de notificação de resultados críticos de Imagem – (FO.XXXX.SAD.024) Comunicação de resultados críticos tanto pelo (notificador da central de laudos) quanto pelo enfermeiro assistencial da unidade (receptor da notificação). Posteriormente, o auxiliar administrativo deve entrar em contato com a unidade de internação do paciente.

Conteúdo da Informação:

“Notificação de resultado crítico Radiodiagnóstico/Imagem, favor realizar registro”.

Fluxo de Notificação de resultado CRÍTICO para usuário externo:

Diante de um resultado relevante sinalizado pelo médico radiologista, o auxiliar administrativo deve solicitar via telefone que o paciente venha receber o resultado, registrando o contato no formulário (FO.XXXX.SAD.024) - Comunicação de resultados críticos.

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação.
- Padronização da passagem de informações entre equipes e turnos.
- Maior agilidade e clareza nos processos assistenciais.
- Registro completo e confiável no prontuário do paciente.
- Fortalecimento da cultura de segurança e integração multiprofissional.

Indicadores

- **Taxa de incidentes relacionados a falhas de comunicação (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de incidentes por falha de comunicação} \div \text{Total de incidentes notificados}) \times 100$.
- **Adesão ao protocolo SBAR ou equivalente (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de passagens de plantão/transferências realizadas com protocolo} \div \text{Total de observações registradas}) \times 100$.
- **Percentual de prescrições médicas legíveis e sem abreviaturas não padronizadas (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de prescrições adequadas} \div \text{Total de prescrições avaliadas}) \times 100$.
- **Tempo médio de comunicação de resultados críticos ao profissional responsável (em minutos).**

8. Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

BRASIL.Ministério da Saúde. ANVISA. Eventos adversos relacionados à comunicação no ambiente dos serviços de saúde. In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2013.p.67–68.

Ministério da Saúde. Portaria nº2048 de 05 de novembro de 2002. BROCA,P.V.;FERREIRA,M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berloe King. Escola Anna Nery.Rev.Enfermagem,v.19, n.3, jul-set, 2015. <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>>.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP).

Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.Disponível em:.Acesso em 26 set.2019.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017 Atenção Especializada aos Povos Indígenas.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

2.2.2.87. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1.Introdução

Os erros relacionados a medicamentos estão entre as principais causas de eventos adversos em serviços de saúde, podendo ocasionar desde reações leves até desfechos graves e fatais. A segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos é considerada um dos **eixos prioritários do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, tendo como objetivo reduzir riscos e garantir que o paciente receba a terapia medicamentosa correta, na dose, via, horário e forma adequados.

Este protocolo busca padronizar práticas, promover a comunicação efetiva entre profissionais e aumentar a confiabilidade dos processos que envolvem o ciclo medicamentoso.

2.Revisão de literatura:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu, em 2017, o desafio global “Medicação sem Dano”, com a meta de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos nos próximos anos. Estudos demonstram que falhas podem ocorrer em qualquer etapa do processo – prescrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento – sendo mais comuns em ambientes de alta complexidade, como UTI, oncologia e pediatria.

No Brasil, a **RDC nº 36/2013 da ANVISA** e o PNSP determinam a implantação de práticas de segurança relacionadas ao uso de medicamentos, incluindo prescrição clara, sem abreviaturas não padronizadas, dupla checagem em situações críticas e registro adequado em prontuário. Ferramentas como protocolos de conciliação medicamentosa, uso de tecnologias (prescrição eletrônica, código de barras) e auditorias clínicas têm se mostrado eficazes na redução de erros e aumento da segurança assistencial.

3.Objetivo(s):

Promover práticas seguras de prescrição, dispensação e administração de medicamentos nas unidades gerenciadas pelo ISMS.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Materiais administrativos, etiquetas, computador, sistema de dispensação de receitas e controle farmacêutico e demais equipamentos conforme fluxo da unidade.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Médicos:

- Realizar prescrição clara, completa e legível, preferencialmente por meio eletrônico.
- Evitar abreviaturas e nomenclaturas não padronizadas.
- Garantir revisão e atualização da prescrição em tempo oportuno.

Farmacêuticos:

- Analisar e validar todas as prescrições, identificando potenciais interações medicamentosas e inconformidades.
- Orientar a equipe multiprofissional quanto ao uso correto dos medicamentos.
- Promover a conciliação medicamentosa em admissões, transferências e altas.

Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares):

- Realizar a conferência dos “5 certos” da administração: paciente certo, medicamento certo, via certa, horário certo e dose certa.
- Registrar a administração no prontuário de forma precisa.
- Notificar imediatamente reações adversas e inconformidades.
- Garantir dupla checagem em medicamentos de alto risco.

Equipe multiprofissional (nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais):

- Identificar possíveis interações entre medicamentos e planos terapêuticos específicos (nutrição, reabilitação etc.).
- Comunicar alterações clínicas observadas que possam estar relacionadas a efeitos adversos medicamentosos.

Gestores e coordenação assistencial:

- Garantir protocolos institucionais atualizados de uso seguro de medicamentos.
- Investir em treinamento contínuo das equipes.
- Monitorar indicadores de segurança e promover ações corretivas.

6. Atividades:

1.1. Conceitos

1.1.1. Uso seguro de medicamentos: inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.

1.1.2. Erro de medicação: é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o mesmo encontra-se sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados

na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.

- 1.1.3. **Erro de prescrição:** erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica. O erro de decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária. Um erro de prescrição pode estar relacionado à seleção do medicamento (considerando-se as indicações, as contraindicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração,

a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos.

- 1.1.4. **Erros de dispensação:** pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial. Inclui também erros relacionados às normas e à legislação. Podem ser classificados em: erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação.

- 1.1.5. **Erros de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração dos medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital.

Boas práticas

- 1.1.6. Práticas seguras para a prescrição

a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- ✓ Nome completo do paciente;
- ✓ Nome da mãe;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Número do prontuário;
- ✓ Alergias.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar de usuários internados deve ser realizada via sistema ou, em caso de contingência, manualmente e legível em formulário institucional, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- ✓ Nome completo do paciente;
- ✓ Nome da mãe;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Número do prontuário;
- ✓ Especialidade;
- ✓ Unidade de internação e leito hospitalar;
- ✓ Alergias.

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar indispensavelmente os 4 descritores de identificação (Nome completo do paciente, Data de nascimento, Número do prontuário e Nome da mãe). A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) deve-se adotar: "Suposto...", acrescido minimamente do número de prontuário.

b) Identificação do prescriptor na prescrição

A identificação do prescriptor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro deverá ser via sistema (ou manual e legível em formulário institucional, em caso de queda do

sistema), com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

A prescrição ambulatorial ou de internação hospitalar, além dos 4 descritores de identificação obrigatórios de identificação do paciente, deve conter também o símbolo do sistema único de saúde (SUS) e a identificação completa do estabelecimento de saúde para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo médico prescritor. A prescrição de internação hospitalar tem validade de 24 horas, configurada no sistema, sendo necessária avaliação médica diária e nova prescrição a cada dia. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição. A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre o prescritor e o paciente e entre o prescritor e os demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, da troca de medicamentos com nomes parecidos. Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais. Serão utilizadas prescrições eletrônicas (via sistema) como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. O uso de impressão frente e verso para a prescrição não será utilizado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição). A prescrição manual carbonada em formulário institucional, com o preenchimento de todos os campos e o máximo de legibilidade será utilizada como plano de contingência, sendo destinada uma via à Farmácia e a outra à Enfermagem (que ao fim das checagens, será encaminhada ao prontuário do paciente).

f) Uso de abreviaturas

Para promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde, a prescrição médica não deve conter abreviatura de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO₄ e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros). As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”, escrevendo a palavra “unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

g) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a Denominação Comum Brasileira e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a Denominação Botânica, acrescida da parte da planta utilizada. A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso comum na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: **DOP**Amina e **DOBU**amina; Clorpro**PAMIDA** e Clorpro**MAZINA**; Vim**BLAST**ina e Vin**CRIST**ina. Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista

de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

i) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração seguras. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de “microgramas”, este deve ser escrito por extenso. Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” possa ser erroneamente interpretada como “25 mL”. Não se deve utilizar “ponto” em substituição a vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever “500mg” em vez de “0,5g”, pois a prescrição de “0,5g” pode ser confundida com “5g”.

1.1.7. Práticas seguras para a dispensação de medicamentos

a) Boas Práticas de Armazenamento:

A dispensação segura de medicamentos, realizada pela Farmácia, se inicia com a validação/ conferência do armazenamento dos produtos recebidos no Hospital, em condições adequadas de conservação e no local certo. O armazenamento seguro deve ocorrer desde a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que contempla o quantitativo maior do estoque dos medicamentos adquiridos (por ser a porta de entrada após o recebimento no Almoxarifado), até às Farmácias Central e Satélites (Pronto Socorro, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTIs Neonatal, Pediatria e Adulto) que recebem os medicamentos unitarizados e distribuídos pela CAF. Esse procedimento é realizado de

forma contínua e sistemática, a fim de que o armazenamento correto, bem como as demais etapas realizadas na CAF (controle de estoque, unitarização e abastecimento) garantam que os medicamentos bem conservados e identificados de forma segura sejam dispensados. O armazenamento de medicamentos sob controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98) segue a legislação específica, sendo realizada em sala restrita na CAF e em armários com chave nas Farmácias, sendo seu estoque em todos esses locais gerido pelos farmacêuticos da instituição.

O armazenamento dos medicamentos nos estoques é realizado por ordem alfabética e os medicamentos de alta vigilância (ou medicamentos potencialmente

perigosos) são identificados com etiqueta colorida vermelha. Os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes devem ser identificados com etiquetas de alerta que proporcione a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo: **LAMI**vudina e **ZIDO**vudina; **ETIL**efrina e **EPIN**efrina.

É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos da CAF para as Farmácias Central e Satélites, a fim de evitar erros:

- Toda movimentação de medicamentos deve ser realizada fisicamente e pelo sistema, que controla o estoque e garante a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;
- Os medicamentos devem ser corretamente separados, identificados, organizados e deve ser realizada a dupla checagem antes do envio, evitando-se erros;
- O transporte deve ser realizado de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos (ex: empilhamento máximo, conservação adequada dos termolábeis, etc.);
- Durante o recebimento dos medicamentos nas Farmácias Central e Satélites, a dupla checagem deve ser realizada, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

b) Atuação Farmacêutica na Segurança relacionada à Prescrição:

O farmacêutico deve realizar a análise técnica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento- medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias, devendo ser realizada antes do início da dispensação. Caso observe não conformidade que possa comprometer a segurança do paciente, deve realizar intervenção junto ao prescritor, registrando a mesma e seu desfecho em prontuário através de evolução. Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, que a instituição possua programa informatizado com suporte terapêutico, que incorpore um adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como triagem para duplicidade terapêutica, alergias, interações

medicamentosas, intervalos de dose adequados, alerta para doses superiores às máximas, alertas para medicamentos de alta vigilância e com nomes semelhantes, entre outros.

c) **Dispensação Segura de Medicamentos:**

A Farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os mesmos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente da Farmácia deve se apresentar com as seguintes características:

- Ser reservado, com restrição de acesso apenas aos colaboradores do setor e outros profissionais com autorização justificada;
- Ser um ambiente limpo, organizado, bem iluminado, com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.
- Ser um local tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras);
- Ter suficiente espaço e instrumentos de trabalho (computadores, seladoras, etc).

Os sistemas de dispensação de medicamentos nas unidades gerenciadas pelo ISMS são classificados em:

- **Coletivo:** para medicamentos multidoses (ex: paracetamol gotas para os pacientes da Pediatria). O sistema coletivo é realizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, levando-se o frasco vazio do medicamento (exceto para pacientes em isolamento de contato) e a prescrição médica. Solicita-se o medicamento em nome de um paciente, para o qual será dada a baixa do frasco na conta, o qual será administrado a vários pacientes sob o controle da enfermagem.

- **Individualizado:** é realizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, por um período de 24 horas de tratamento. As prescrições, após realizadas pelo prescritor (médico) via sistema até 13h são triadas pelo farmacêutico, sendo produzida após isso uma fita de 12 horas pelo auxiliar de farmácia. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

- **Dose Unitária:** A dispensação por esse método é feita através da prescrição médica, com o medicamento sendo separado, preparado e dispensado para a equipe de enfermagem apenas fazer a administração no paciente.

O auxiliar de farmácia deve separar as prescrições individualmente e sua área de trabalho deve se manter organizada, com suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente até a sua dispensação, evitando que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros; para tanto, devem ser utilizados embalagens

plásticas seladas e identificadas e carros de medicação. Antes da dispensação deve-se realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no conteúdo das fitas de medicamentos são correspondentes a prescrição, qualitativa e quantitativamente, para os horários aprazados. Para os medicamentos de alta vigilância e medicamentos com nome semelhante deve haver atenção redobrada e checagem meticulosa antes de sua dispensação. Deve ocorrer dupla checagem das fitas no momento da dispensação dos medicamentos, sendo realizada entre Farmácia e Enfermagem conjuntamente.

d) Prescrição Verbal:

A prescrição verbal deve ser restrita a situações de emergência (considerando-se o risco iminente de morte do paciente), onde o material hospitalar medicamento (mat/med) necessário não seja padronizado no carro de emergência ou maleta de transporte do setor, ou se a quantidade do mat/med padronizado no carro ou maleta já tiver sido esgotada na assistência ao evento, devendo ser realizada a prescrição e/ou requisição de enfermagem no sistema após a resolução da emergência.

Nestas ocasiões excepcionais, para garantir a conferência da passagem de informação e tornar a comunicação efetiva e segura para o paciente assistido, deve ser utilizada a técnica denominada “*Read Back*” (“Falar de Volta”). Trata-se de falar

de volta o que foi solicitado verbalmente para que a informação seja validada com o emissor, fechando o circuito de comunicação.

Os passos para execução da ferramenta aplicada a dispensação de prescrição verbal são:

d.1) O solicitante deve pedir ao auxiliar de Farmácia em voz alta e com detalhes o que deseja: se for um medicamento, deve informar o nome conforme DCB ou DCI, dose e via de administração; se for um material hospitalar, deve informar o nome, tamanho e/ou número, sendo que para ambos, o solicitante deve falar também a quantidade necessária e qual o nome do usuário ao qual se destina o mat/med.

d.2) O auxiliar de Farmácia deve escutar a informação emitida pelo solicitante do medicamento ou material hospitalar com atenção e repetir a informação na íntegra e em voz alta ao solicitante.

d.3) O solicitante deve confirmar se a informação repetida está de acordo com o que necessita.

d.4) O medicamento ou material hospitalar deve ser dispensado pelo auxiliar de Farmácia fisicamente conforme a solicitação, sendo anotado o que e para quem foi dispensado para cobrança futura.

d.5) O médico e o enfermeiro do setor solicitante devem encaminhar a prescrição medicamentosa e a requisição de material hospitalar via sistema em nome do paciente em até 1h após a sua estabilização e comunicar o auxiliar de Farmácia para que possa realizar as saídas retroativas do estoque com a documentação padrão obrigatória.

e) Prescrição para uso de medicamento *Off Label*:

Conforme a Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaios Clínicos da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), cada medicamento registrado no Brasil recebe aprovação da agência reguladora para uma ou mais indicações, as quais passam a constar na sua bula, e que são as respaldadas pelo órgão. O registro de medicamentos novos é concedido desde que sejam comprovadas a qualidade, a eficácia e a segurança do medicamento, sendo estas duas últimas baseadas na avaliação de estudos clínicos realizados para testá-lo para essas indicações. Estudos concluídos ou realizados após a aprovação inicial podem ampliar o uso do medicamento para outra faixa etária, para uma fase diferente da mesma doença

para a qual a indicação foi aprovada, ou para uma outra doença, assim como o uso pode se tornar mais restrito do que inicialmente se aprovou.

Uma vez comercializado o medicamento, enquanto as novas indicações não são aprovadas, seja porque as evidências para tal ainda não estão completas, ou porque a agência reguladora ainda as está avaliando, é possível que um médico já queira prescrever o medicamento para o paciente que tenha uma delas. Podem também ocorrer situações de

um médico querer tratar pacientes que tenham uma certa condição que, por analogia com

outra semelhante, ou por base fisiopatológica, ele acredite possam vir a se beneficiar de um determinado medicamento não aprovado para ela. Quando o medicamento é empregado fora das indicações terapêuticas, via de administração, posologia, dose recomendada, duração do tratamento ou se é destinado a um doente fora do grupo previsto como destinatário, fica caracterizado o uso *off label* do medicamento, ou seja, o uso não aprovado por uma agência reguladora. Como não consta na bula, o uso *off label* é feito por conta e risco do médico que o prescreve, e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico.

Portanto, na eventualidade de prescrição *off label*, deve-se preencher o “FO.XXX.CFT.00X - Termo de prescrição para medicamento *off label*” e submeter à apreciação da Comissão de Ética Médica, só sendo autorizada a prescrição após o deferimento pelo presidente da mesma, sendo divulgada aos gestores da equipe multiprofissional (principalmente Farmácia e Enfermagem) as orientações para ciência e seguimento da prescrição.

f) Monitoramento e indicador da dispensação segura

1.1.8. Práticas seguras na administração de medicamentos:

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prático. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica. A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos. Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos

pacientes, devendo-se observar a ação, as interações e os efeitos colaterais dos medicamentos.

a) Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os “certos” na administração de medicamentos e, mais recentemente, são recomendados 9 (nove) “certos”, que são:

paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Utilizar os nove “certos” não garante que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

Paciente certo: deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar a checagem dos 4 descritores de identificação obrigatório da Meta 1 (nome completo do paciente, número de prontuário, data de nascimento e nome da mãe) para confirmar o paciente correto. Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional além de “sim ou não”, tais como: “Por favor, diga-me o seu nome completo?”. Além disso, é importante checar se esse paciente corresponde ao: Nome identificado na pulseira; Nome identificado no leito; Nome identificado no prontuário.

Importante: caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, confirmar com o acompanhante a identificação do paciente. Em caso de pacientes homônimos, homófonos ou homólogos, os mesmos devem ser identificados de acordo com o Protocolo de Identificação Segura – Meta 1, não devendo ficar internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Medicamento certo: deve-se conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito antes de ser administrado, bem como conhecer o paciente e suas alergias e conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito; identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira, sinalização na identificação beira leito e aviso em prontuário, alertando toda a equipe; todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações

adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

Importante: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

Via certa: deve-se identificar a via de administração prescrita, verificando se é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento; avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros); identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral; realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral; esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

Hora certa: deve-se preparar o medicamento de modo a certificar que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica; preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; a antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor, sempre alinhando a comunicação de qualquer reaprazamento também com a Farmácia.

Dose certa: deve-se conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada; certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente; verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida

ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das

bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; medicamentos de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

Importante: não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

Registro certo da administração: registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; checar o horário da administração do medicamento a cada dose; registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

Orientação correta: esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor; orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização; garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

Forma certa: checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescritas; checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor; a Farmácia deve, se possível, disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário

realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

Resposta certa: observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; registrar em prontuário, notificar

e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas diferentes do padrão usual; registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

1.1.9. Estratégias de monitoramento para o uso seguro de medicamentos

O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em instruções de trabalho setoriais, atualizadas e divulgadas para os profissionais do estabelecimento de saúde;

O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente;

O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos;

O estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

1.1.10. Medicamentos de Alta Vigilância (MAVS)

Medicamentos de Alta Vigilância (MAVs) ou Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos não são os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte.

Nas unidades gerenciadas pelo ISMS, os medicamentos que classificados como de alta vigilância foram avaliados de acordo com a recomendação do ISMP EUA (Institute for Safe Medication Practices), traduzida e adaptada pelo ISMP Brasil. Para atualização dessa lista, o ISMP EUA identificou os medicamentos mais envolvidos em erros de medicação com danos ao paciente notificados ao ISMP National Medication Errors Reporting Program (ISMP MERP) e realizou uma cuidadosa revisão da literatura.

Nas unidades gerenciadas pelo ISMS os MAVs são identificados com etiqueta de rastreabilidade de cor vermelha, a fim de sinalizar a todos o risco e estimular a dupla checagem em todas as etapas do processo. Quando os frascos e ampolas são muito pequenos, para evitar que a etiqueta cubra a identificação do medicamento, os mesmos são acondicionados em um saco vermelho transparente, sendo colocada no saco a etiqueta de identificação vermelha. Quando o

medicamento é MAV e também controlado pela Portaria SVS/MS nº 344/98, deve receber ambas as sinalizações na identificação (etiqueta amarela devido ser controlado e saco vermelho transparente devido ser MAV). Quanto ao armazenamento na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutica) e Farmácias Central e Satélites, os armários e prateleiras devem ser identificados com fita de cor vermelha. O cadastro no sistema de estoque deve conter a descrição “MAV” ao fim do nome do medicamento, bem como gerar alerta ao prescritor sobre o risco, estando visível na prescrição impressa para ciência da equipe multiprofissional que assiste o paciente. É recomendável o uso de redundâncias, como a dupla checagem antes do preparo e administração do medicamento, na qual um

profissional realiza a checagem paralelamente ao trabalho realizado por outro. Mesmo considerando que todos são susceptíveis a cometer erros, a probabilidade de que duas pessoas cometam o mesmo erro com o mesmo medicamento e o mesmo paciente é menor.

O acesso à relação institucional dos MAVs e ao conhecimento sobre os seus riscos deve ser garantido através do Protocolo de Segurança do Paciente do Hospital, em sua Meta 3, e deve ser difundido no Hospital como um todo através de campanhas educativas, treinamentos e materiais informativos.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução de erros de prescrição, dispensação e administração de medicamentos.
- Maior padronização e rastreabilidade do ciclo medicamentoso.
- Aumento da segurança e da confiança do paciente no tratamento.
- Fortalecimento da cultura de prevenção de erros e de notificação de incidentes.
- Integração efetiva entre equipe médica, farmacêutica e de enfermagem.

Indicadores

- **Taxa de erros de prescrição (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de prescrições com erro} \div \text{Total de prescrições analisadas}) \times 100$.
- **Taxa de erros de administração de medicamentos (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de erros de administração} \div \text{Total de doses administradas}) \times 100$.
- **Percentual de adesão à dupla checagem em medicamentos de alto risco (%)**

- Fórmula: $(\text{Número de administrações com dupla checagem} \div \text{Total de administrações de alto risco}) \times 100$.
- **Taxa de notificações de reações adversas medicamentosas (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de RAM notificadas} \div \text{Total de pacientes em uso de medicamentos}) \times 100$.
- **Taxa de conciliação medicamentosa realizada em admissões/altas (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de conciliações realizadas} \div \text{Total de admissões/altas}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês

Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA; Ministério da Saúde, 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: WHO, 2017.

Joint Commission International (JCI). *National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace: JCI, 2024.

World Health Organization (WHO). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Geneva: WHO, 2011.

Ministério da Saúde (Brasil). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 1, p. 18–26, 2009.

KEERS, R. N.; WILLIAMS, S. D.; COOKE, J.; ASHCROFT, D. M. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, v. 36, p. 1045–1067, 2013.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – PREVENÇÃO DE QUEDAS

2.2.2.88. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – PREVENÇÃO DE QUEDAS

1.Introdução

O risco de queda em pacientes está presente em hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Estudos indicam uma taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos que variam entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia (PROQUALIS). As quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequente nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhe são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, com as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar este risco.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

- A avaliação do risco de queda;
- A identificação do paciente com risco através de sinalização a beira leito;
- O agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco;
- A revisão da medicação;
- A atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;

- A educação dos pacientes e dos profissionais; e
- A revisão após a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas dentre outros.

A criação do protocolo para prevenção de quedas e a avaliação de suas causas é uma oportunidade de aprendizagem para a equipe assistencial, por meio da análise de informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de práticas de melhoria se necessário.

2.Revisão de literatura:

Estudos nacionais e internacionais apontam que a incidência de quedas hospitalares varia entre 1,5 a 7 quedas por 1.000 pacientes-dia, sendo a maioria evitável com a adoção de medidas preventivas. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, a **Joint Commission International (JCI)** e a **ANVISA (RDC nº 36/2013)** destacam a importância de protocolos específicos que envolvam:

- Identificação precoce de pacientes em risco (uso de escalas como Morse Fall Scale ou Hendrich II Fall Risk Model).
- Implementação de estratégias como: grades de leito elevadas, iluminação adequada, campanhas acessíveis, supervisão em atividades de risco e orientação ao paciente e família.
- Envolvimento da equipe multiprofissional na prevenção, associando tecnologia (pulseiras de identificação de risco de queda) com práticas assistenciais seguras.

3.Objetivo(s):

Reduzir a ocorrência de queda de usuários assistidos nas unidades gerenciadas pelo ISMS e o dano dela decorrente, por meio da implantação e implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do usuário, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do usuário, familiares e profissionais.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Materiais administrativos, sistemas de avaliação, prontuário eletrônico e demais necessidades para outras ferramentas – cartões, plásticos, etc.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares):

- Aplicar escala de risco de queda na admissão e reavaliar periodicamente.
- Implementar medidas preventivas como: ajuste da altura do leito, rodízio frequente de pacientes acamados e sinalização de risco.
- Orientar pacientes e familiares sobre cuidados durante deslocamentos.
- Registrar quedas e comunicar imediatamente à equipe multiprofissional.

Médicos:

- Identificar fatores de risco clínicos e iatrogênicos (ex.: polifarmácia, uso de sedativos, hipotensão).
- Revisar medicações que aumentem o risco de queda e, quando possível, substituí-las.
- Solicitar avaliação multiprofissional em casos de alto risco.

Fisioterapeutas:

- Avaliar equilíbrio, marcha e força muscular do paciente.
- Desenvolver planos de mobilização precoce e exercícios preventivos.
- Orientar equipe e familiares quanto à movimentação segura.

Terapeutas ocupacionais:

- Avaliar e propor adaptações no ambiente hospitalar.
- Promover estratégias para autonomia do paciente com segurança.

Psicólogos:

- Apoiar pacientes que apresentem medo de cair, reduzindo ansiedade.
- Desenvolver ações educativas com familiares e cuidadores.

Nutricionistas:

- Identificar e corrigir deficiências nutricionais e de vitamina D, associadas ao aumento de risco de quedas e fraturas.

Serviço de apoio/Manutenção:

- Garantir pisos secos e antiderrapantes, iluminação adequada e corrimãos instalados.
- Realizar manutenção preventiva de camas, poltronas e cadeiras de rodas.

6. Atividades:

Em relação ao controle de risco de queda, a equipe de saúde deve estar atenta e com avaliação rigorosa, considerando importantes situações pré-existentes para o risco de queda:

- a) Demográfico: idosos > 65 anos e crianças
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Alterações do estado mental – confusão e agitação
- d) Condições de saúde e presença de doenças crônicas -
- e) Hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, e alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia) e AVC prévios.
- f) Funcionalidade: Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores e deformidades nos membros inferiores.
- g) Comprometimento sensorial - Visão, audição ou tato.
- h) Equilíbrio corporal - marcha alterada.
- i) Uso de medicamentos como -

- j) Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- k) Obesidade severa.
- l) História prévia de queda.

Avaliação Do Risco De Queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita em impresso próprio, no momento da admissão de todos os usuários assistidos na Instituição deve ser feita através das Escalas de Morse (usuários de 13 a 18 anos) e Escala de Humpty-Dumpty (usuários de 0 a 12 anos), devendo ser repetida diariamente até a alta do usuário.

Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento, osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

Morse Fall Scale (Anexo I) - É um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de um usuário cair, e consiste na avaliação rápida e fácil de pontuar de seis variáveis.

Pontuação e Nível de Risco: A pontuação é então somada e registrada na ficha do usuário. Em seguida, é identificado o nível de risco e as respectivas ações recomendadas (por exemplo, não são necessárias quaisquer intervenções, recomendam-se intervenções padrão de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco).

Pontuação deve ser realizada através da somatória dos pontos que somam de 0 a 125 pontos.

- Sem risco (0 a 24 pontos),
- Baixo risco (25 a 50 pontos),
- Alto risco (superior a 50 pontos).

Escala de Humpty – Dumpty (Anexo II) – Avaliação do risco de queda em crianças.

Pontuação deve ser realizada através de somatória dos pontos que vão de 7 a 23 pontos, sendo:

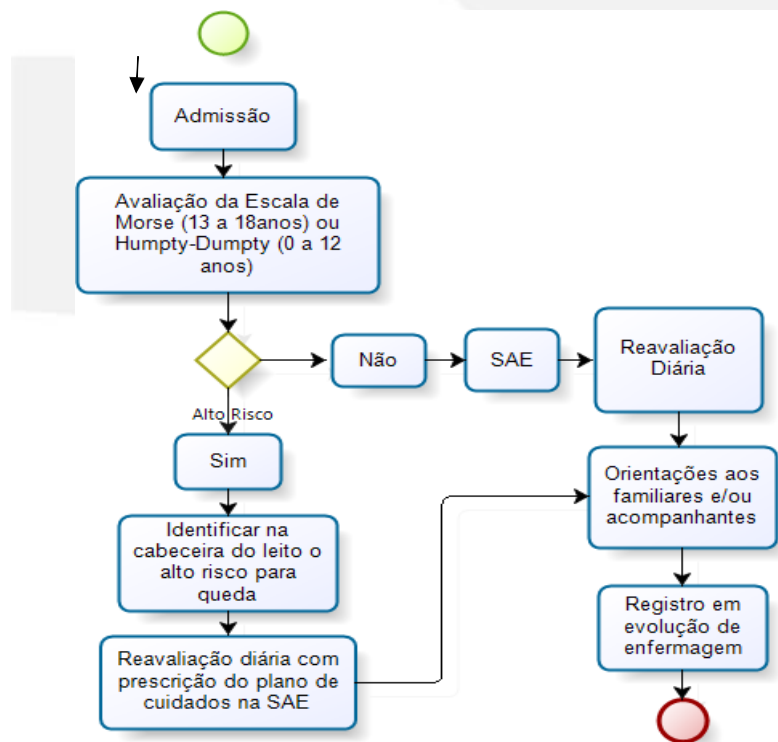
- Baixo Risco (7 a 11 pontos)
- Alto Risco (12 a 23 pontos)

Nota: Além do resultado da Escala de Morse os enfermeiros devem estar atentos aos fatores de risco pré-existent no usuário e principalmente a introdução no uso de medicamentos como:

Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e Poli farmácia (uso de 04 ou mais medicamentos).

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos usuários em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.

FLUXOGRAMA: Avaliação de Risco de Queda.



Ações Preventivas

As medidas estruturais de prevenção de queda incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como:

- Pisos antiderrapantes, íntegros, secos e sem desnível;
- Placas de identificação de “piso molhado”;
- Identificação adequada nos degraus, quando existentes;
- Mobiliário adequado, como cadeiras de rodas adequadas em relação ao peso, macas com rodinhas adequadas ao passo do usuário e com grades de proteção;
- Ambiente com iluminação adequada;
- Áreas livres de obstáculos (por exemplo: fios elétricos, equipamentos, materiais e entulhos);
- Corrimões dimensionados e bem posicionados nas dependências sanitárias das enfermarias e isolamentos;
- Corrimões em todas as escadas;
- Corrimões nos corredores das unidades de internação, permitindo a deambulação do usuário, fator importante de melhora do quadro clínico, quando necessário e prescrito pelo médico;
- Sistema de chamadas de enfermagem implantada em todos os leitos e dependências sanitárias;
- Existência de camas, berços e macas com grades para atender a demanda;

Medidas Gerais:

- Avaliação do risco de queda deve ser aplicada em todos os usuários internados;
- Revisão periódica dos medicamentos administrados;
- Atenção aos calçados utilizados pelos usuários;
- Educação contínua dos usuários, familiares e acompanhantes quanto ao possível risco de queda;

- Manter escada de dois degraus para cada cama para uso do usuário em caso de subir e descer da cama;
- Manter as grades de proteção elevadas, lembrando que o usuário não possui o hábito de dormir em cama hospitalar, colocando-o em risco de queda enquanto está dormindo.

Medidas Específicas:

- Identificação do usuário com risco de queda com a sinalização a beira leito (placa);
- Identificar o prontuário do usuário com etiqueta ou adesivo de risco de queda (amarelo);
- Orientar o usuário / familiar / acompanhante quanto ao Risco de Queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante quando locomoção dentro da Instituição;
- Avaliar nível de confiança do usuário para deambulação.
- Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do usuário (por exemplo, andador, muleta e bengala).
- Manter a campainha ao alcance do usuário e orientar o uso.
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas.
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas.
- Manter e orientar a família a importância das grades da cama elevadas, e se necessário, utilizar protetores entre os vãos das grades.
- Auxiliar na deambulação dos usuários que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas.
- Não deixar o usuário sozinho no banheiro ou durante o banho.
- Manter o usuário confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.

- Orientar o usuário e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
- Orientar o usuário e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama, se for o caso.

Em caso de hipotensão postural – Orientar o usuário a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.

Considerar na avaliação clínica as condições em que o usuário estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico).

7. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução da taxa de quedas durante a internação hospitalar.
- Diminuição da ocorrência de lesões decorrentes de quedas.
- Maior adesão da equipe multiprofissional a práticas preventivas.
- Engajamento do paciente e da família nos cuidados de prevenção.
- Fortalecimento da cultura de segurança institucional.

Indicadores

- **Taxa de quedas por 1.000 pacientes-dia**
- Fórmula: $(\text{Número de quedas} \div \text{Pacientes-dia}) \times 1.000$.
- **Taxa de quedas com lesão (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de quedas com lesão} \div \text{Número total de quedas}) \times 100$.
- **Percentual de pacientes avaliados com escala de risco (%)**

- Fórmula: (Número de pacientes com escala aplicada ÷ Total de pacientes admitidos) × 100.
- **Percentual de adesão às medidas de prevenção em pacientes de alto risco (%)**
- Fórmula: (Número de pacientes de alto risco com medidas aplicadas ÷ Total de pacientes de alto risco) × 100.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

Não se aplica.

10. Referências

ANVISA. Protocolo de Prevenção de Quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: Acesso em: 22/04/2023.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Anexo 01: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz;2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controleinfeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa/Fiocruz. Anexo 01: Protocolo prevenção de quedas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Can J Aging 1989;8:366-7.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – HIGIENE DAS MÃOS

2.2.2.89. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – HIGIENE DAS MÃOS

1.Introdução

A higiene das mãos é reconhecida como a medida mais simples, eficaz e de menor custo para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Considerada uma das **seis metas internacionais de segurança do paciente** pela **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, esta prática é essencial para interromper a transmissão cruzada de microrganismos entre pacientes, profissionais e o ambiente hospitalar.

A adesão sistemática à higiene das mãos reduz significativamente taxas de infecção hospitalar, morbidade, mortalidade e custos relacionados ao tratamento de complicações infecciosas.

2.Revisão de literatura:

Estudos demonstram que até 50% das IRAS podem ser prevenidas por meio da correta higienização das mãos. A **OMS** e a **ANVISA** recomendam os “**5 Momentos para Higienização das Mãos**”:

1. Antes do contato com o paciente.
2. Antes da realização de procedimento asséptico.
3. Após risco de exposição a fluidos corporais.
4. Após contato com o paciente.

5. Após contato com áreas próximas ao paciente.

O uso de preparação alcoólica a 70% é considerado método preferencial em situações clínicas, por ser mais rápido, eficaz contra a maioria dos microrganismos e menos agressivo à pele que a lavagem frequente com água e sabão. No entanto, quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas por sangue ou fluidos corporais, é obrigatória a lavagem com água e sabão. A adesão a campanhas educativas, auditorias e disponibilização de insumos em locais estratégicos têm se mostrado estratégias eficazes para aumento da prática.

3.Objetivo(s):

Prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) através da disseminação da cultura de higienização das mãos, visando à segurança do usuário, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Pia conforme RDC, dispenser de sabão e dispenser de papel toalha conforme RDC, dispenser de solução alcóolica conforme RDC, sabão e papel toalha conforme RDC para o contexto hospitalar.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares):

- Realizar higiene das mãos em todos os 5 momentos preconizados.
- Orientar pacientes e familiares sobre a importância da prática.
- Participar ativamente das auditorias de adesão.

Médicos:

- Cumprir rigorosamente os protocolos de higiene das mãos.
- Estimular e dar exemplo para a equipe multiprofissional.
- Notificar situações de falha estrutural (ausência de insumos, dispensadores vazios).

Equipe multiprofissional (fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos):

- Realizar a higiene das mãos antes e após cada contato com o paciente.
- Adequar a prática ao contexto das terapias oferecidas.
- Colaborar em campanhas educativas institucionais.

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratório, imagem, hemodiálise):

- Higienizar as mãos antes e após coletas, exames e procedimentos.
- Assegurar a padronização da prática em áreas críticas.

Serviço de higiene e limpeza hospitalar:

- Cumprir as orientações de higiene das mãos antes e após atividades de limpeza em áreas assistenciais.
- Notificar falhas na reposição de sabonete, álcool gel ou papel toalha.

Gestores e coordenação assistencial:

- Garantir disponibilidade contínua de insumos em locais estratégicos.
- Promover treinamentos regulares e campanhas institucionais.
- Monitorar indicadores e implementar melhorias contínuas.

6. Atividades:*Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente:*

- Zelar pela padronização da documentação institucional do Protocolo de Higienização das mãos;
- Dar suporte às unidades, assegurando uma linguagem única, com conceitos adotados para garantir uma assistência voltada para a qualidade e segurança do paciente;

- Definir os colaboradores que devem ter acesso à documentação;
- Realizar análise do desenvolvimento do Protocolo de Higienização das mãos, dentro da instituição e sugerir processo de melhorias junto aos gestores de áreas;
- Monitorar o cumprimento desse protocolo através dos indicadores de desempenho;
- Acompanhar a implantação e efetivação do Protocolo de Higienização das mãos dentro da instituição, realizando auditoria interna, duas vezes ao ano, seguindo o modelo de checklist padronizado.

Serviço De Controle De Infecção Hospitalar

- Cumprir as ações descritas no protocolo de Higienização das mãos;
- Realizar e participar de campanhas periódicas de sensibilização para higienização das mãos que devem ocorrer durante o ano e na integração dos profissionais;
- Realizar educação de 100% os colaboradores sobre Higienização das mãos.

Equipe Multiprofissional

- Cumprir o protocolo de Higienização das mãos.

Definição:

Higienização das mãos: É um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (definidas a seguir) e a antisepsia cirúrgica das mãos.

Higiene das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob forma líquida.

Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

Preparação alcoólica para higienização das mãos sob a forma líquida: preparação contendo álcool, na concentração final de 70% destinado à aplicação nas mãos para reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes em laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Degermação das mãos: é a realização da higienização das mãos com água e solução antisséptica degermante com auxílio de escova. Visa eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

Microbiota transitória: micro-organismos encontrados na superfície da pele em associação à presença de gordura e sujeira. É a principal responsável pela maioria das infecções cruzadas hospitalares e, por encontrar-se na superfície da pele, pode ser facilmente removida pela higienização das mãos. É adquirida através do contato e manipulação dos pacientes e do ambiente.

Microbiota residente: Micro-organismos encontrados na superfície e abaixo da pele, nas glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e nos folículos pilosos. É mais difícil de ser removida e, para isto, quando indicado, é necessário o uso de antissépticos.

Mãos visivelmente sujas: Quando as mãos apresentam sujeira (partículas, substâncias particuladas, resíduos, pós-soluções) ou contaminação visível com excreções e secreções orgânicas.

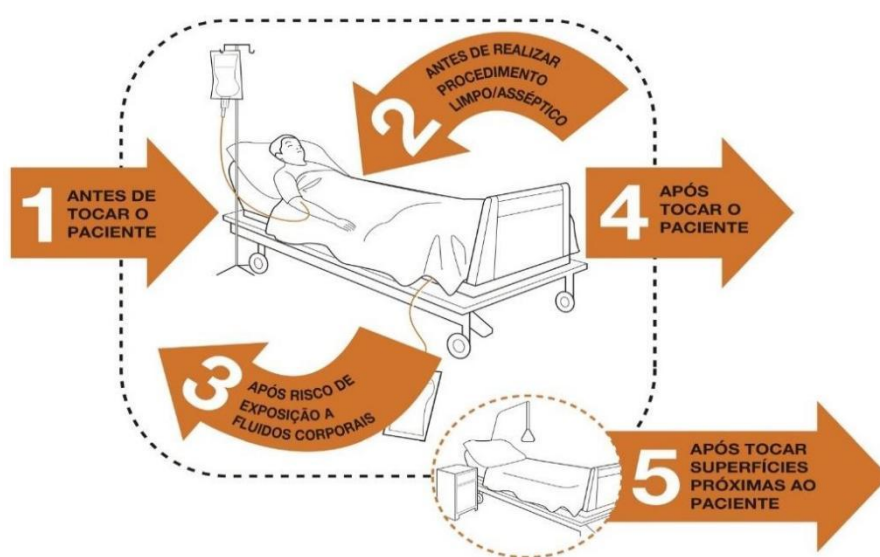
DML: Depósito de Material de Limpeza.

Descrição:

A higienização das mãos deve ocorrer nos momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para que haja a prevenção das IRAS

causadas por transmissão cruzadas, seguindo os “5 momentos para a Higiene das mãos” durante toda assistência ao paciente. A ANVISA também recomenda 5 momentos importantes para realizar a higienização das mãos, voltados diretamente ao atendimento ao paciente.

Os 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes. A equipe multiprofissional deve identificar os 05 momentos para realizar a higienização das mãos.

1º Antes do contato com o paciente: deve ser feita antes de entrar em contato com o paciente para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.

2º Antes de realizar procedimento: deve ser feita imediatamente antes da realização de qualquer procedimento limpo e/ou asséptico para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.

3º Após exposição a fluidos corporais: deve ser feita imediatamente após o risco de exposição a fluídos corporais e a após a remoção de luvas, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismo do paciente a outros profissionais ou pacientes.

4º Após contato com o usuário: deve ser feita após o contato com o paciente, com as superfícies e objetivos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetivos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

5º Após tocar em superfícies próximas ao usuário: deve ser feita após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente mesmo sem ter tido contato com o paciente para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Recomendações Gerais

1.1.1 Medidas Para Evitar O Ressecamento Das Mãos Do Profissional

- a) Molhar as mãos em água corrente antes de aplicar o produto;
- b) Utilizar água fria ou morna (nunca utilizar água quente);
- c) Secar as mãos completamente;
- d) O uso de creme emoliente dentro da instituição deve ser sempre evitado, pois a camada protetora que forma dificulta a penetração dos produtos de higiene das mãos. Deve ser usado creme individual nas mãos para protegê-la do efeito de ressecamento ao sair da instituição;
- e) Utilização de luvas de procedimento sem adição de pó.

Cuidados Com A Pele Das Mãos

Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele das mãos:

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que a higiene com sabonete líquido e água;

- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- O uso de cremes de proteção para as mãos ajuda a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

Os seguintes comportamentos devem ser evitados:

- Utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos;
- Utilizar água quente para lavar as mãos com sabonete líquido e água;
- Calçar luvas com as mãos molhadas, levando a risco de causar irritação;
- Higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- Usar luvas fora das recomendações.

Os seguintes princípios devem ser seguidos:

- Enxugar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete antisséptico;
- Secar cuidadosamente as mãos após lavar com sabonete líquido e água;
- Friccionar as mãos até a completa evaporação da preparação alcoólica;
- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças e extensões para evitar aculo de sujidades e dificultar a higienização das mãos, conforme política institucional do uso de adornos.
- Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras, anéis, alianças, etc.
- Aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

Cuidados Especiais

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde deve ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para preparo e manejo de medicações;
- Na administração de medicações, lavar as mãos e calçar as luvas na frente do paciente para reduzir a possibilidade de contaminação em superfícies e materiais;
- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com o sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminar o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefone, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas

Instruções Operacionais

Orientações técnicas sobre higienização das mãos de acordo com cada método vide Protocolo de Higienização das Mãos do SCIH.

Supervisão Sistemática

Mudança de sistema: o serviço de saúde deve assegurar infraestrutura necessária disponível para permitir a correta higienização das mãos pelos profissionais de saúde, o que inclui o fornecimento contínuo e seguro de água, papel toalha e sabonete líquido padronizado pela instituição, e acesso a pontos de assistência com dispensadores de preparação alcoólica conforme legislações vigentes.

Lembretes no local de trabalho: o serviço de saúde deve dispor de cartazes educativos nos pontos de higienização de mãos com a técnica correta de acordo com a preparação disponível além das indicações dos momentos para alertar e lembrar o profissional quanto a adesão ao protocolo.

Educativa e treinamentos: o SCIH possui um cronograma de treinamento junto ao NEP (Núcleo de Educação Permanente/Educação continuada), onde englobam campanhas de higienização das mãos com foco nos “5 momentos para Higienização das Mãos” e a técnica correta, conforme a necessidade e resultados das taxas de adesão, envolvendo todos os colaboradores das unidades gerenciadas pelo ISMS com palestras, gincanas entre outras atividades lúdicas e educativas que facilitem a aprendizagem dos colaboradores e aumente adesão à prática da higienização das mãos.

Avaliação e retroalimentação: O SCIH realizará a avaliação da adesão da higienização das mãos através de:

- Observação direta de higienização das mãos nas áreas assistenciais com o auxílio do formulário de observação direta da higienização das mãos – conforme os 5 momentos preconizados pela ANVISA;
- Avaliação do consumo de preparação alcohólica: O SCIH solicita ao setor de higienização hospitalar e almoxarifado que envie mensalmente o quantitativo de refis utilizados por setor, por conseguinte;
- Monitoramento das incidência/densidade de IRAS nas unidades.

Esses pontos são estratégicos para avaliação da adesão dos profissionais as medidas de prevenção. Ambos os dados serão apresentados e discutidos na reunião da CCIH com os gestores.

Também será realizado treinamento na ambientação institucional aos novos colaboradores sobre prevenção de IRAS com foco na higienização das mãos. O SCIH repassará mensalmente as orientações necessárias sobre o que foi observado durante a higienização das mãos e o indicador mensal de adesão e outras medidas de prevenção de IRAS nas unidades assistenciais através de reunião com supervisores da área, também através das reuniões mensais da CCIH, reuniões do gerenciamento de riscos do hospital e nas reuniões mensais da análise crítica dos indicadores.

Processo de notificação de Eventos Adversos/Sentinelas: Toda as notificações deverão ser registradas, analisadas e monitoradas, seguindo as recomendações do NQSP – ISMS. A quebra da prática de higienização das mãos pelo profissional de saúde poderá ser notificada. O envolvimento dos profissionais é de suma importância, pois a subnotificação pode retardar a identificação de sinais, impedindo a adoção de medidas preventivas. O sucesso de qualquer sistema de notificação depende da participação ativa dos notificantes.

Auditorias: Mecanismo de monitoramento e auditorias rotineiras deve ser realizado nas instituições com o objetivo de acompanhar o cumprimento das diretrizes estabelecidas neste protocolo, e garantir a segurança do paciente durante o seu atendimento. As avaliações serão realizadas pelos Hospitais e/ou serviços de saúde, através do Checklist de cumprimento.

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução das taxas de infecção relacionada à assistência à saúde.
- Aumento da adesão da equipe multiprofissional aos 5 momentos de higiene das mãos.
- Maior sensibilização de pacientes, familiares e visitantes.
- Disponibilidade contínua de insumos em áreas assistenciais.
- Fortalecimento da cultura de segurança e prevenção de IRAS.

Indicadores

- **Taxa de adesão à higiene das mãos (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de oportunidades de higiene realizadas} \div \text{Total de oportunidades observadas}) \times 100$.
- **Taxa de consumo de preparação alcoólica (litros/1.000 pacientes-dia).**
- **Taxa de IRAS (infecção relacionada à assistência à saúde) por 1.000 pacientes-dia.**
- **Percentual de setores com disponibilidade adequada de insumos (%)**

- Fórmula: $(\text{Número de setores com insumos disponíveis} \div \text{Total de setores avaliados}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9.Notas importantes

Não se aplica.

10.Referências

- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.
Higienização das mãos em serviços de saúde. 2007.
Brasília,
- Organização Mundial de Saúde. Manual de Referência Técnica para Higiene das Mãos. OMS/ANVISA, 2015.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – CIRURGIA SEGURA

2.2.2.90. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – CIRURGIA SEGURA

1.Introdução

Os procedimentos cirúrgicos representam momentos críticos na assistência à saúde e estão associados a riscos significativos de eventos adversos. Estima-se que milhões de pacientes em todo o mundo sofram complicações cirúrgicas evitáveis todos os anos, com impacto direto na morbidade, mortalidade e nos custos hospitalares.

O protocolo de **Cirurgia Segura**, parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e alinhado à iniciativa da **Organização Mundial da Saúde (OMS)** – “**Cirurgia Segura Salva Vidas**”, busca garantir que intervenções sejam realizadas no paciente correto, no local correto e com o procedimento correto, além de reduzir riscos relacionados à anestesia, infecção do sítio cirúrgico e falhas de comunicação entre a equipe.

2.Revisão de literatura:

A **OMS**, em 2008, lançou a Lista de Verificação de Cirurgia Segura, composta por três momentos principais:

1. **Antes da indução anestésica (sign in):** confirmação da identidade do paciente, do procedimento e do local cirúrgico, checagem de alergias, equipamentos e riscos anestésicos.

2. **Antes da incisão cirúrgica (time out):** pausa cirúrgica para confirmar novamente paciente, local e procedimento, além de revisar etapas críticas, disponibilidade de materiais e atribuições da equipe.
3. **Antes da saída da sala cirúrgica (sign out):** conferência de materiais, amostras, contagem de instrumentais, registro de intercorrências e planejamento de cuidados no pós-operatório.

Diversos estudos demonstram que a adoção dessa lista reduz em até **40% a taxa de complicações cirúrgicas e óbitos evitáveis**. No Brasil, a **RDC nº 36/2013 (ANVISA)** e as diretrizes do PNSP tornam obrigatória a implantação de práticas de cirurgia segura em instituições de saúde, estimulando o uso de checklists, auditorias e treinamentos regulares.

3.Objetivo(s):

Promover a melhoria da segurança cirúrgica, determinando as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, complicações e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Materiais de escritório, protocolos de segurança do paciente e demais recursos necessários, além de prontuário eletrônico informatizado.

5.Atribuições de cada categoria profissional

Equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares):

- Realizar conferência de identidade, local e procedimento antes da entrada na sala cirúrgica.
- Participar ativamente da checagem da lista de verificação em todos os momentos (sign in, time out, sign out).
- Garantir contagem correta de compressas, agulhas e instrumentais cirúrgicos.

Médicos Cirurgiões:

- Confirmar paciente, local e procedimento antes da incisão.
- Conduzir a pausa cirúrgica (time out) com toda a equipe presente.
- Avaliar possíveis complicações e alinhar condutas com a equipe multiprofissional.

Médicos Anestesiologistas:

- Avaliar e documentar condições clínicas do paciente antes da anestesia.
- Garantir segurança no uso de fármacos anestésicos e monitorização adequada.
- Participar da confirmação de dados durante o sign in e time out.

Equipe multiprofissional de apoio (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais):

- Atuar no pré e pós-operatório garantindo segurança, recuperação adequada e educação em saúde.
- Comunicar intercorrências que possam comprometer a segurança do paciente.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Central de Material e Esterilização (CME):

- Assegurar esterilidade e integridade dos instrumentais.
- Notificar falhas ou inconformidades nos materiais antes da cirurgia.

Gestores e Coordenação Assistencial:

- Garantir que toda equipe receba treinamento no uso da lista de verificação.
- Monitorar indicadores de adesão e resultados cirúrgicos.
- Promover cultura de segurança, estimulando notificações sem punição.

6. Atividades:

Avaliação pré-anestésica (APA) – é uma consulta médica de avaliação clínica e especializada que deve ser efetuada previamente à realização de um ato anestésico. Nesta consulta, o médico anesthesiologista entrevista o usuário para informar-se sobre suas condições físicas e psicológicas e para conhecer todas as informações de interesse clínico sobre o usuário, como: doenças pré-existentes, se é portador de alguma alergia, se fez ou faz uso de medicamentos (nome e dose diária utilizada), se já realizou alguma cirurgia, sendo necessária a utilização de anestesia e informar ao usuário qual a cirurgia ou procedimento que o usuário realizará e/ou a que será submetido.

Comorbidade – patológica ocorre quando duas ou mais doenças estão etiológicamente relacionadas; comorbidade diagnóstica ocorre quando as manifestações da doença associada forem similares as da doença primária; e comorbidade prognóstica ocorre quando houver doenças que predisponham o usuário a desenvolver outras doenças.

Checklist de cirurgia segura – lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens e processos, a fim de estabelecer estratégias para reduzir os riscos de incidentes cirúrgicos. Esta lista baseia-se no Manual de Cirurgia Segura desenvolvido pela OMS.

Demarcação de lateralidade – demarcação do local a ser operado. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade para que haja distinção entre direita e esquerda, em estruturas múltiplas como: dedos das mãos e dos pés, costelas e também a níveis múltiplos como: a coluna vertebral.

Equipe cirúrgica – equipe composta por cirurgiões, anesthesiologistas, profissionais de enfermagem – técnicos e enfermeiros, instrumentadores e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

Segurança anestésica – conjunto de ações realizadas pelo anesthesiologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do usuário antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE – elemento necessário ao atual exercício da medicina, como um direito do usuário e um dever moral e legal do médico. Pois sendo o usuário o dono do seu próprio interesse, para decidir se prefere manter-se no estado de saúde em que se apresenta ou submeter-se a um tratamento relativamente perigoso, deve ser devidamente esclarecido pelo profissional que atende. O Consentimento informado representa uma manifestação expressa da autonomia e vontade do usuário, ou seja, é recomendável que seja por escrito para evitar-se maiores discussões sobre: se o consentimento foi ou não dado e se foi de modo suficiente ou não.

Etapas Do Preparo Pré-Operatório

Etapa 1: Avaliação do Cirurgião

A avaliação pré-operatória objetiva otimizar a condição clínica do paciente candidato a cirurgias com vistas a reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatória.

Esta avaliação requer a realização de anamnese, exame físico adequado e, quando necessário, exames complementares definidos a partir de dados sugestivos encontrados na história e no exame físico, e também, na necessidade de monitorizar condições clínicas específicas que possam sofrer alterações durante as cirurgias ou procedimentos associados e diante da indicação cirúrgica, é necessário avaliar o risco envolvido.

Ressalta-se que uma boa anamnese e exame físico são as mais importantes etapas na avaliação pré-operatória para estimar o risco cardíaco, complicações pulmonares e/ou infecciosas e determinar a capacidade funcional.

É neste momento que o Cirurgião deve explicar ao paciente os riscos e os benefícios relacionados ao procedimento, culminando com a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido específico para cirurgia.

Etapa 2: Consulta Pré Anestésica

A consulta da avaliação pré-anestésica (APA) deverá ser solicitada pelo cirurgião.

O anestesista fará o levantamento de dados para classificação do risco anestésico (ASA)

- Identificação do paciente.
- Antecedentes pessoais e familiares.
- Exame físico, incluindo vias aéreas.
- Diagnósticos cirúrgicos e doenças associadas.
- Tratamento: incluindo fármacos de uso atual e ocasional

- Jejum pré-operatório, conforme diretriz da SBA e ASA.
- Resultados de exames complementares, avaliações solicitadas.
- Estado físico segundo ASA.
- Prescrever pré-anestésico, se for o caso.
- Aplicar o Termo de consentimento livre e esclarecido específico para a anestesia.

Etapa 3: Na Unidade De Internação

Nesta unidade o paciente deverá ser admitido e avaliado por equipe multiprofissional, contemplando, desde o aviso cirúrgico até o encaminhamento do usuário ao Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e Centro Obstétrico, fazendo-se necessário o cumprimento de algumas etapas para assegurar a realização do procedimento cirúrgico. Assim, confirmar e registrar antes do envio do usuário:

- a) Identificação do usuário;
- b) Cirurgia e/ou procedimento proposto;
- c) Realizar a identificação de alergias medicamentosas, materiais e alimentares;
- d) Jejum;
- e) Uso de adornos e próteses;
- f) Uso de pulseira de identificação;
- g) Preenchimento dos termos de consentimentos informados de anestesia e de cirurgia;
- h) Confirmação da lateralidade;
- i) Realização de exames: laboratoriais e de imagens (se necessário);
- j) Reserva de UTI, se necessário;
- k) Reserva de hemoderivados, se necessário;
- l) Realização de profilaxia no setor de origem.

Etapa 4: No Centro Cirúrgico – Time Out

O Protocolo definido para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os casos dos procedimentos invasivos realizados no Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e Complexo Obstétrico, excluindo apenas os pacientes com risco iminente de morte.

A checklist de Cirurgia Segura divide o procedimento invasivo em **três fases**:

I - Antes da indução anestésica;

II - Antes da incisão cirúrgica;

III - Antes de o paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização do checklist de Cirurgia Segura, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Este Condutor deverá ser um Profissional de Enfermagem presente na sala cirúrgica. Em cada fase, o condutor da checklist de Cirurgia Segura deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente deverá ser mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

I - Antes da Indução Anestésica

A fase I do Protocolo – antes da indução anestésica – requer a presença do anestesista e da equipe de enfermagem. O condutor da *checklist* de cirurgia segura deverá confirmar:

- a) A identificação do Usuário, do Procedimento, a Presença de Prontuário completo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cirúrgico e anestésico, avaliação pré-anestésica e risco cardiológico, se necessário. Esta confirmação deverá permitir que o usuário verbalize seu nome completo, data de nascimento, nome da mãe e assim comparar estas informações com a pulseira de identificação e registros do prontuário.
- b) O tipo de procedimento planejado e a assinatura do termo de consentimento para cirurgia com o usuário.

Observação: Quando a confirmação pelo usuário não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

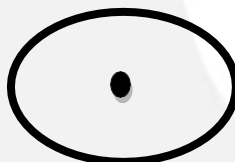
c) O Condutor deverá certificar-se da presença do prontuário completo:

- Prontuário fixo do dia (Evolução equipe multiprofissional e prescrição médica);
- SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação);
- SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Pré-operatória);
- Aviso cirúrgico;
- Termo de consentimento livre e esclarecido cirúrgico;
- Termo de consentimento para amputação;
- Termo de destinação de membro amputado;
- Avaliação pré-anestésica;
- Termo de consentimento livre e esclarecido de anestesia;
- Avaliação cardiológica;
- Exames laboratoriais;
- Exames de Imagens (radiografia, tomografia, ultrassonografia, ressonância magnética, eletrocardiograma e ecocardiograma);

d) Os Termos de Consentimento Informados cirúrgicos, devem ser assinados pelo usuário ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos pelo médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do usuário para o local de realização do procedimento cirúrgico, já os Termos de Consentimento Informado anestésico, a aplicação será realizada pelo anestesista no centro cirúrgico e/ou centro obstétrico, após a explicação e definição do tipo de anestesia a ser aplicada.

e) Confirmar a demarcação do sítio cirúrgico.

Esta demarcação deverá ser realizada pelo médico membro da equipe cirúrgica no usuário, ao ser admitido no centro cirúrgico. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o usuário acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. Obrigatoriamente, a marcação de lateralidade deverá ser antes do encaminhamento do usuário para a sala cirúrgica em qualquer cirurgia em que a estrutura anatômica ou órgão a ser abordado não for único ou apresentar diferentes níveis. O símbolo padrão, a ser demarcado na pele do usuário, é o ALVO (círculo com ponto no centro). Conforme ilustração abaixo:



Símbolo de demarcação de lateralidade

Recomendações: Quando o usuário não puder compreender ou colaborar com a marcação, o seu responsável ou algum membro da equipe de saúde (não participante da equipe cirúrgica), será responsável para acompanhar a marcação. Nos casos de recusa do usuário e/ou responsável o fato deverá ser registrado em prontuário de modo a garantir a segurança cirúrgica.

Deverá ser realizada marcação da lateralidade com o símbolo padronizado, pelo médico responsável, e deve permanecer visível após o preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos.

A marcação deverá ser feita com uma caneta padrão (caneta dermatográfica) que não seja facilmente removida com produtos de antissepsia cutânea, que seja resistente a Clorexidina alcoólica e degermante, sangue e fluidos corporais.

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do usuário naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade.

f) Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa confirmando com o anestesista a presença da avaliação pré-anestésica, o anestesista explica o tipo de anestesia a ser submetido e aplicando em seguida o termo de consentimento anestésico.

g) Verificar os sinais vitais: funcionamento do monitor multiparâmetros

Antes da indução anestésica, o condutor confirma se o monitor multiparâmetro está funcionando e posiciona o usuário para aferição dos sinais vitais.

h) Verificar alergias conhecidas:

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o usuário possui uma alergia conhecida (medicamentosa, alimentar e a dispositivos médicos), mesmo se o condutor e equipe tenham conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá informar ao anestesista sobre as alergias conhecidas.

i) Verificar a avaliação das vias aéreas e risco de aspiração

O anestesista deverá realizar a avaliação da via aérea, classificando o tipo de via através da classificação, podendo utilizar a classificação de Escala de Mallampati. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea, de acordo com o Protocolo de Via Aérea Difícil e caso confirme que a via aérea difícil, se há planejamento e suporte para intervenções.

j) Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesista se o usuário tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia, a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade. Confirmar com a equipe de enfermagem, se necessário, a solicitação da reserva ou presença de sangue/hemocomponentes.

k) Verificar a presença de próteses

O condutor deverá perguntar a equipe de enfermagem se o usuário está sem as próteses (dentária, óculos e auditivas), joias, anéis e alianças e roupas sintéticas.

l) Verificar a presença de marcapasso

- Verificar a presença do dispositivo eletrônico por entrevista direta com o usuário ou acompanhante ou exame físico e de imagem;
- Verificar o tipo de aparelho;
- Verificar se o paciente é dependente exclusivo do implante eletrônico;
- Verificar a funcionalidade do aparelho e se ele se encontra em boas condições e atualizado. Se possível solicitar avaliação e liberação do cardiologista responsável pelo implante.

m) Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

O condutor ou o técnico de enfermagem (circulante) da cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização dos materiais, com a confirmação por meio dos indicadores de esterilização, evidenciando que o processo tenha sido bem-sucedido. Além de confirmar a verificação das condições dos equipamentos, infraestrutura, a presença do OPME.

II – Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

A pausa cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cirúrgica, a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe de cirurgia.

a) Identificar todos os membros da equipe

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que

tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

- b) Confirmar verbalmente a identidade do usuário, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem)

- O nome do usuário,
- O procedimento cirúrgico a ser realizado
- Marcação do sítio cirúrgico
- Quando necessário, o posicionamento do usuário.

- c) Verificar a previsão de etapas ou eventos críticos

O condutor da checklist de cirurgia segura fará uma rápida discussão com o cirurgião, anestesista e enfermagem a respeito do planejamento operatório, das etapas críticas e possíveis eventos de riscos, assim como a duração cirúrgica prevista.

- d) Prever perdas sanguíneas importantes

O cirurgião deverá informar se há possível perda sanguínea durante o procedimento. Confirmar com a equipe de enfermagem, se necessário, a solicitação da reserva ou presença de sangue / hemocomponentes.

- e) Revisar Eventuais Complicações Anestésicas

O anestesista deverá revisar o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do usuário passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.

- f) Verificar exames de imagem

Os exames de imagem deverão estar na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

g) Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor confirmará se os antimicrobianos profiláticos foram administrados até 60 minutos antes da incisão cirúrgica. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesista) deverá realizar a confirmação verbal de qual antibiótico de escolha e a hora administrada.

Nota - a indicação da profilaxia deverá seguir o protocolo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

III – Antes do Usuário Deixar a Sala de Cirurgia

a) Confirmar o Nome do Procedimento

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

b) Verificar a Correta Contagem de Instrumentais, Gazes, Compressas, Agulhas e Lâminas de Bisturi

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, gazes e instrumentais. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

Nota - a padronização do número de compressas dentro dos pacotes é de 05 unidades, para facilitar o processo de contagem e conferência e de 10 unidades de gazes por pacote.

As compressas cirúrgicas adquiridas pela instituição todas devem ser com fio radiopacos.

c) Registros completos

O condutor deverá confirmar o registro completo em prontuário do procedimento intra-operatório, incluindo procedimento executado; o Registro completo da anestesia com a descrição dos medicamentos administrados, assim como o Registro de

Enfermagem. Todos os registros deverão conter o nome e registro do conselho do profissional.

- d) Conferencia das condições da cicatriz cirúrgica, da venóclise e acesso central, sonda vesical e dreno

O condutor com a equipe de enfermagem presente na sala deverá confirmar:

- Identificação do soro e venóclise se houver;
- Identificação dos acessos;
- Identificação do dreno;
- Fixação e identificação adequada da sonda vesical se houver;
- Condições da pele ao redor da cicatriz cirúrgica;
- Identificação do curativo.

- e) Confirmar a identificação da amostra anatomopatológicas e membros amputados

O profissional de enfermagem deverá confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura do nome do usuário. Descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras. Os membros amputados devem ser etiquetados e com a confirmação de lateralidade confirmada pela equipe cirúrgica. A destinação deverá ser realizada conforme autorização prévia da família, se para sepultamento e/ou descarte hospitalar.

Nota - aconselha a dupla conferencia da amostra e do membro amputado, sendo que duas pessoas conferem a identificação da peça ou membro.

- f) Documentar problemas com equipamentos

Mediante a verificação da checklist de sala, de equipamentos, comunicar o problema ocorrido a chefia imediata e em seguida, deverá registrar o problema.

- g) Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

Etapa 5: Recuperação Pós Anestésica

A sala de RPA (setor destinado para recuperação pós-cirúrgica).

Todos os pacientes serão avaliados conforme os riscos de eventos pós- anestésicos e outros (náuseas e vômito, dor, sangramento, hipóxia, hipotensão, queda e outros).

Baseados nos riscos serão realizadas as intervenções de enfermagem na RPA. Avaliação do paciente será realizada por meio do índice de Aldrette e Kroulik (para adultos) e Escala de Steward (para crianças até 12 anos e 11 meses) pela equipe de anestesistas, na admissão e nos intervalos preconizados pelo protocolo.

A alta da RPA será realizada quando o valor da escala de Aldrette e Kroulik corresponder acima de 8 e Steward acima de 6; estabilidade dos sinais vitais; melhora do nível de consciência; ausência de sangramento ativo e retenção urinária; ausência de náuseas e vômitos; dor sobre controle; perfil criança

A alta da RPA será realizada pelo anestesista responsável, com identificação do mesmo, através de análise da escala em conjunto com a enfermeiro(a).

7.Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados

- Redução das taxas de complicações cirúrgicas e mortalidade evitável.
- Garantia de que a cirurgia será realizada no paciente, local e procedimento corretos.
- Diminuição de eventos adversos relacionados à anestesia e ao uso de materiais.
- Fortalecimento da comunicação e do trabalho em equipe dentro do centro cirúrgico.
- Melhoria da qualidade assistencial e da satisfação do paciente.

Indicadores

- **Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de cirurgias realizadas com checklist completo} \div \text{Número total de cirurgias observadas}) \times 100$.
- **Taxa de eventos adversos cirúrgicos (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de eventos adversos relacionados à cirurgia} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$.
- **Taxa de cirurgias realizadas em paciente ou local incorreto (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de cirurgias em local/paciente incorreto} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$.
- **Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) por 100 cirurgias.**
- **Percentual de contagem de instrumentais correta (%)**
- Fórmula: $(\text{Número de cirurgias com contagem correta} \div \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$.

8.Plano de implantação:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do protocolo	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês

Implementar protocolo	Gestor Assistencial, Médico	Protocolo e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Protocolo	In loco	4° mês

9. Notas importantes

A auditoria e verificação do funcionamento do protocolo de cirurgia segura será de responsabilidade da Supervisão de Enfermagem do Complexo Cirúrgico, Complexo Obstétrico, Diretoria Técnica e do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP, afim de garantir que as etapas do protocolo sejam cumpridas corretamente.

10. Referências

Anvisa. Resolução RDC nº 36, de 13 de maio de 2014. Ministério da Saúde - MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: Acesso em: 12 dez. 2012. http://Www.Corensp.Gov.Br/Sites/Default/Files/10_Passos_Seguranca_Pacient e 0.Pdf. Acesso em 17/12/2013.

SOBECC. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

2.2.2.91. PROTOCOLOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS – CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Os **Protocolos Clínicos Ambulatoriais – Consultas Médicas Especializadas** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, sob gestão do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, foram desenvolvidos em conformidade com o **Anexo II – Perfil Assistencial** do edital vigente, com o propósito de padronizar a assistência médica especializada, promover a integralidade do cuidado e garantir a segurança e a resolutividade no atendimento ambulatorial de média complexidade. Estes protocolos são instrumentos de orientação técnica e clínica que consolidam as rotinas, condutas e práxis médicas adotadas no âmbito ambulatorial, fundamentadas em evidências científicas atualizadas e nas diretrizes das respectivas sociedades médicas nacionais.

A prática ambulatorial no HRDJSN contempla atendimentos especializados nas áreas de **Cardiologia (avaliação de risco cirúrgico), Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Urologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia**, considerando as demandas regionais e o perfil epidemiológico da população adscrita. As consultas seguem fluxos regulatórios e operacionais estabelecidos pela Regulação Municipal e Estadual do SUS, garantindo o acesso ordenado e a continuidade do cuidado por meio da referência e contrarreferência.

As rotinas assistenciais compreendem: acolhimento do paciente e verificação de dados clínicos; anamnese dirigida e exame físico; avaliação de exames prévios; prescrição terapêutica ou solicitação de exames complementares; registro sistematizado em prontuário eletrônico; e emissão de relatórios clínicos para a rede reguladora. Já a práxis médica ambulatorial fundamenta-se na conduta clínica centrada no paciente, com base na boa prática médica, comunicação empática e adesão às normas éticas e de biossegurança. Cada especialidade segue protocolos próprios de triagem, diagnóstico e acompanhamento, garantindo padronização das condutas e eficiência na gestão do tempo assistencial.

A adoção deste conjunto de protocolos visa fortalecer a gestão da qualidade e segurança assistencial, assegurando que todas as etapas – do agendamento ao

seguimento clínico – estejam alinhadas aos princípios da humanização, integralidade e resolutividade, conforme os valores institucionais do ISMS e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

As seções seguintes apresentam os protocolos específicos de cada especialidade, conforme o modelo do Apêndice B citado em edital.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – CARDIOLOGIA (Avaliação de Risco Cirúrgico)

2.2.2.92. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL CARDIOLOGIA (Avaliação de Risco Cirúrgico)

1.Introdução

A avaliação de risco cirúrgico (ARC) constitui etapa essencial do cuidado pré-operatório, com o objetivo de identificar condições clínicas cardiovasculares que possam aumentar o risco de complicações durante e após procedimentos cirúrgicos. Este protocolo normatiza o atendimento ambulatorial em cardiologia voltado à realização da ARC, estabelecendo critérios técnicos, responsabilidades multiprofissionais e fluxos assistenciais padronizados, conforme os princípios de segurança do paciente e as boas práticas preconizadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), pela Resolução RDC nº 36/2013 da Anvisa e pelas diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A sistematização da ARC é fundamental para assegurar a integralidade do cuidado, promover decisões cirúrgicas seguras e otimizar o preparo do paciente, considerando o equilíbrio entre o risco cardiovascular e o benefício do procedimento cirúrgico proposto.

2.Revisão de literatura:

A literatura internacional e nacional demonstra que a estratificação do risco cardiovascular pré-operatório reduz complicações cardíacas maiores, mortalidade e tempo de internação.

Conforme as Diretrizes da SBC (2022) e as Guidelines ACC/AHA (2022):

- Pacientes devem ser avaliados quanto a condições clínicas ativas (síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias graves, valvopatias severas).
- O uso de escores validados, como o Revised Cardiac Risk Index (RCRI) e o NSQIP, é recomendado para estimar o risco de eventos adversos.
- A realização de testes não invasivos (ECG, ecocardiograma, teste ergométrico) deve ser indicada conforme a capacidade funcional (<4 METs) e o tipo de cirurgia (baixo, intermediário ou alto risco).

Grau de Recomendação e Nível de Evidência (SBC, 2022):

- Classe I / Evidência A: Identificação de comorbidades cardiovasculares ativas.
- Classe I / Evidência B: Aplicação de escores de risco validados.
- Classe IIa / Evidência B: Exames complementares direcionados ao quadro clínico.
- Classe III / Evidência C: Solicitação de exames de rotina sem indicação clínica.

A avaliação deve ser custo-efetiva, evitando a realização desnecessária de exames e internações, e sempre ponderando a disponibilidade de recursos diagnósticos locais e o contexto epidemiológico do serviço.

3. Objetivo(s):

- Padronizar a conduta do atendimento ambulatorial de cardiologia na avaliação de risco cirúrgico.
- Garantir avaliação clínica segura e baseada em evidências para pacientes candidatos a procedimentos cirúrgicos.
- Promover integração entre as equipes médica, cirúrgica, anestésica e multiprofissional.
- Assegurar a rastreabilidade e documentação adequada conforme normas do CFM e requisitos da ONA.

Público-alvo:

Pacientes adultos e idosos encaminhados para procedimentos cirúrgicos eletivos, ambulatoriais ou hospitalares, que necessitem de parecer cardiológico pré-operatório.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

Consultório ambulatorial equipado com:

- Estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso.
- Eletrocardiógrafo com impressão.
- Acesso a exames laboratoriais e de imagem (ecocardiograma, teste ergométrico, MAPA/Holter).
- Sistema informatizado para registro de prontuário eletrônico e emissão de parecer.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Cardiologista	Realizar anamnese e exame físico detalhados; aplicar escores de risco; solicitar exames pertinentes; emitir parecer conclusivo com recomendações de conduta e necessidade de otimização clínica.
Médico Cirurgião	Encaminhar o paciente com antecedência adequada; fornecer informações sobre o tipo e urgência da cirurgia.
Anestesiologista	Analisar o parecer cardiológico e discutir ajustes terapêuticos necessários para o ato anestésico.
Equipe de Enfermagem	Apoiar no acolhimento e preparo do paciente; verificar sinais vitais e realizar pré-triagem.
Secretaria/Recepção	Organizar o agendamento conforme a prioridade e fluxo interno.

6. Atividades:

Etapa	Responsável	Ação
Acolhimento e registro	Enfermagem / Recepção	Receber paciente, confirmar dados e encaminhar para consulta cardiológica.

Avaliação clínica e estratificação de risco	Cardiologista	Aplicar o escore RCRI; identificar condições clínicas ativas; solicitar exames complementares quando necessário.
Interpretação de exames	Cardiologista	Correlacionar achados clínicos e laboratoriais; definir capacidade funcional.
Emissão do parecer	Cardiologista	Redigir parecer conclusivo: “Apto / Não apto / Apto com restrições” e recomendar medidas de otimização clínica.
Comunicação interprofissional	Cardiologista / Cirurgião / Anestesista	Registrar discussão multiprofissional quando pertinente.
Registro documental	Cardiologista / SAME	Arquivar parecer e exames no prontuário, conforme Res. CFM nº 2.217/2018.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Percentual de pacientes avaliados com uso de escore validado (Estratificação de risco Cardiovascular)	$(\text{N}^\circ \text{ de pareceres com escore registrado} / \text{Total de pareceres}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Tempo médio entre solicitação e emissão do parecer (Avaliação de risco Cirúrgico)	Soma dos prazos / nº de pacientes	≤ 5 dias úteis	Mensal
Percentual de complicações cardiovasculares pós-cirúrgicas	$(\text{N}^\circ \text{ de complicações} / \text{total de pacientes avaliados}) \times 100$	$\leq 2\%$	Trimestral
Percentual de pareceres revisados com conformidade documental	$(\text{Pareceres conformes} / \text{total de pareceres auditados}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral

Número de Consulta Cardiológica realizadas (Indicador monitoramento segundo ANEXO I – CRITÉRIOS E METAS DE PRODUÇÃO)	Atender toda a demanda interna cirúrgica	100%	Mensal

8.Plano de implantação:

Mês	Etapas	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento e treinamento	Apresentação do protocolo à equipe médica e administrativa	Diretoria Técnica / NEP
Mês 2	Capacitação	Treinamento sobre uso dos escores e diretrizes	NEP / Cardiologia
Mês 3	Implementação piloto	Aplicação do protocolo em 30% dos atendimentos	NQSP / Cardiologia
Mês 4–6	Expansão e consolidação	Uso integral do protocolo em todos os atendimentos ambulatoriais	Diretoria Médica / NQSP
Mês 6	Validação	Avaliação de indicadores e ajustes	NQSP / Diretoria Técnica

9.Notas importantes

- Pacientes com doenças cardiovasculares ativas devem ser estabilizados antes do procedimento cirúrgico.
- O parecer cardiológico tem validade de até 90 dias, conforme as diretrizes da SBC, salvo intercorrência clínica.
- A emissão do parecer deve sempre ser individualizada e fundamentada em evidências.
- É vedada a assinatura de pareceres sem avaliação direta do paciente (Resolução CFM nº 2.324/2022).

10.Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória.** Arq. Bras. Cardiol., 2022.

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY / AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery.** Circulation, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022.** Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, 2023.**

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – CIRURGIA GERAL

2.2.2.93. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – CIRURGIA GERAL

Consulta Médica Especializada – Cirurgia Geral

1.Introdução

A consulta ambulatorial em Cirurgia Geral tem como finalidade a avaliação, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com afecções passíveis de tratamento cirúrgico, bem como o preparo clínico-cirúrgico seguro, dentro dos princípios de integralidade e segurança do paciente.

Este protocolo estabelece diretrizes técnicas para o atendimento especializado de Cirurgia Geral, padronizando condutas clínicas, fluxos assistenciais e responsabilidades multiprofissionais, em consonância com a RDC nº 36/2013 (Anvisa), os manuais de acreditação da ONA, a Resolução CFM nº 2.324/2022 e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cirurgia (SBC, 2022).

A padronização das consultas cirúrgicas visa garantir o diagnóstico oportuno, o planejamento pré-operatório adequado e a comunicação efetiva entre equipes, reduzindo riscos e otimizando os resultados cirúrgicos e clínicos.

2.Revisão de literatura:

A literatura científica reforça que o manejo pré-operatório estruturado e a avaliação ambulatorial qualificada contribuem para a redução de complicações perioperatórias e para a melhoria da experiência do paciente.

Segundo a **Sociedade Brasileira de Cirurgia** e o **American College of Surgeons (ACS)**, as consultas de Cirurgia Geral devem contemplar:

- Anamnese dirigida e exame físico completo;
- Avaliação de comorbidades e uso de medicamentos;

- Definição da necessidade cirúrgica e do tipo de procedimento;
- Solicitação de exames pré-operatórios conforme protocolos baseados em risco;
- Discussão de alternativas terapêuticas e riscos/benefícios;
- Registro formal do consentimento informado.

Grau de Recomendação (SBC, 2022):

- **Classe I / Evidência A:** Anamnese e exame físico completos; planejamento cirúrgico documentado.
- **Classe I / Evidência B:** Comunicação interprofissional e registro em prontuário.
- **Classe IIa / Evidência B:** Uso de checklists pré-operatórios e protocolos de preparo.
- **Classe III / Evidência C:** Solicitação de exames de rotina sem indicação clínica.

A consulta cirúrgica ambulatorial deve ainda observar critérios de **custo-efetividade e segurança**, especialmente em hospitais públicos, respeitando os princípios de acesso equitativo e eficiência no uso dos recursos.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o atendimento ambulatorial especializado em Cirurgia Geral.
- Garantir qualidade e segurança na avaliação e no preparo pré-operatório.
- Integrar o atendimento clínico-cirúrgico com os demais serviços assistenciais.
- Promover a rastreabilidade documental e a comunicação efetiva entre equipes.
- Reduzir cancelamentos e intercorrências cirúrgicas evitáveis.

Público-alvo:

Pacientes adultos e idosos encaminhados para avaliação cirúrgica eletiva ou ambulatorial, portadores de patologias cirúrgicas gerais (hérnias, colelitíase, lesões de partes moles, entre outras).

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Consultório ambulatorial com maca, foco de luz, instrumental básico (pinças, espátulas, gazes estéreis).
- Equipamentos de apoio diagnóstico (eletrocardiógrafo, balança, fita métrica, negatoscópio).
- Acesso a exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografia, tomografia, endoscopia).
- Sistema eletrônico de prontuário para registro e rastreabilidade das condutas.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Cirurgião Geral	Realizar a consulta clínica e cirúrgica; indicar exames complementares; definir conduta terapêutica; indicar necessidade cirúrgica e elaborar plano pré-operatório.
Equipe de Enfermagem	Realizar acolhimento, verificação de sinais vitais e preparo do paciente; orientar sobre cuidados e encaminhamentos.
Secretaria / Recepção	Garantir agendamento adequado e registro das consultas no sistema; organizar fluxo documental.
Núcleo de Qualidade / NQSP	Monitorar indicadores de qualidade e segurança; avaliar adesão ao protocolo.
NEP / Educação Permanente	Promover capacitação periódica sobre protocolos assistenciais e fluxos.

6. Atividades:

Etapas	Responsável	Ação
Acolhimento do paciente	Enfermagem / Recepção	Identificar paciente, confirmar dados e queixas principais; orientar sobre o fluxo.
Avaliação clínica e cirúrgica	Cirurgião Geral	Realizar anamnese e exame físico; avaliar comorbidades e histórico cirúrgico; definir necessidade de intervenção.

Solicitação de exames	Cirurgião Geral	Solicitar exames pré-operatórios conforme risco e tipo de cirurgia.
Definição de conduta	Cirurgião Geral	Estabelecer plano terapêutico; discutir riscos, benefícios e alternativas.
Registro e encaminhamento	Cirurgião Geral / SAME	Documentar condutas, diagnósticos e orientações; registrar consentimento.
Retorno e acompanhamento	Cirurgião Geral	Avaliar resultados de exames; indicar data de cirurgia e preparo específico.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Percentual de consultas ambulatoriais com registro completo em prontuário	$(\text{N}^\circ \text{ de consultas conformes} / \text{total de consultas auditadas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de pacientes com plano cirúrgico definido	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes com plano definido} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Percentual de cirurgias adiadas por falha no preparo pré-operatório	$(\text{N}^\circ \text{ de adiamentos evitáveis} / \text{total de cirurgias}) \times 100$	$\leq 5\%$	Trimestral
Percentual de pareceres interdisciplinares documentados	$(\text{N}^\circ \text{ de pareceres emitidos} / \text{total de consultas com intercorrência}) \times 100$	$\geq 85\%$	Trimestral
Número de Consultas realizadas (Indicador monitoramento segundo ANEXO I – CRITÉRIOS E METAS DE PRODUÇÃO)	Número de Consultas realizadas (Dado de monitoramento)	150	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo junto à Diretoria Técnica e Cirurgia	Diretoria Técnica / NQSP
Mês 2	Capacitação	Treinamento das equipes cirúrgicas e administrativas	NEP / Cirurgia Geral
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação do protocolo em 30% das consultas	Cirurgia / NQSP
Mês 4 a 6	Expansão e consolidação	Implementação integral em 100% dos atendimentos ambulatoriais	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Revisão de indicadores e ajustes do fluxo	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

- O cirurgião deve avaliar o paciente pessoalmente, sendo vedada a emissão de parecer sem exame clínico direto (**Resolução CFM nº 2.324/2022**).
- As indicações cirúrgicas devem ser fundamentadas em critérios clínicos e respaldadas em evidências científicas atuais.
- Todo paciente deve receber informações claras sobre riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, formalizadas por **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**.
- O protocolo deve ser revisado anualmente, com base nos resultados dos indicadores e atualização das diretrizes científicas.

10. Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA. **Diretrizes de Conduta e Avaliação Cirúrgica Ambulatorial**. São Paulo, 2022.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Guidelines for Preoperative Evaluation and Ambulatory Surgical Care**. Chicago, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022.**
Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.** Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, 2023.**

**PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – GINECOLOGIA****2.2.2.94. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – GINECOLOGIA****Consulta Médica Especializada em Ginecologia****1.Introdução**

A consulta ambulatorial em Ginecologia tem como propósito a assistência integral à saúde da mulher, abrangendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de afecções ginecológicas, conforme os princípios da atenção humanizada e das boas práticas clínicas.

Este protocolo estabelece diretrizes técnico-operacionais para a realização da consulta ginecológica especializada, assegurando padronização das condutas, rastreabilidade das informações e conformidade com as regulamentações vigentes — RDC nº 36/2013 (Anvisa), Resolução CFM nº 2.324/2022, Resolução CFM nº 2.217/2018 e os requisitos da ONA – Manual de Acreditação, 2023.

A adoção deste protocolo contribui para a melhoria contínua da qualidade assistencial, fortalecimento do vínculo médico-paciente e prevenção de eventos adversos por meio de atendimento baseado em evidências científicas e práticas seguras.

2.Revisão de literatura:

A literatura ginecológica e de atenção primária reforça a importância da consulta especializada para a detecção precoce de doenças ginecológicas e a manutenção da saúde reprodutiva e sexual da mulher.

As **Diretrizes da FEBRASGO (2022)** e da **Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021)** preconizam que o atendimento ambulatorial ginecológico inclua:

- Anamnese completa e direcionada à queixa principal;
- Avaliação do ciclo menstrual, história sexual e obstétrica;
- Exame físico geral e ginecológico (mamas, abdome, pelve);
- Rastreamento de neoplasias (Papanicolau, colposcopia quando indicada);
- Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Educação em saúde e planejamento familiar;
- Registro de todas as condutas e resultados em prontuário eletrônico.

Grau de Recomendação (FEBRASGO, 2022):

- **Classe I / Evidência A:** Rastreamento do câncer do colo uterino e avaliação clínica anual.
- **Classe I / Evidência B:** Investigação de irregularidades menstruais e disfunções hormonais.
- **Classe IIa / Evidência B:** Aconselhamento reprodutivo e planejamento familiar.
- **Classe III / Evidência C:** Exames de rotina sem justificativa clínica.

A consulta ginecológica deve priorizar abordagens seguras, custo-efetivas e humanizadas, com respeito à privacidade e ao sigilo profissional, conforme o Código de Ética Médica.

3.Objetivo(s):

- Garantir atendimento ginecológico especializado seguro, ético e humanizado.
- Padronizar a avaliação clínica e os fluxos de atendimento ambulatorial.
- Fortalecer a prevenção, diagnóstico precoce e manejo de doenças ginecológicas.
- Promover a integração com outros serviços assistenciais e de regulação.
- Assegurar o cumprimento das normativas da ONA e da Anvisa para segurança do paciente.

Público-alvo:

Mulheres de todas as faixas etárias encaminhadas para atendimento ginecológico especializado (prevenção, disfunções hormonais, queixas pélvicas, planejamento familiar, rastreamento oncológico, entre outros).

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

Consultório ginecológico equipado com:

- Mesa ginecológica, foco de luz, espéculos estéreis (descartáveis ou autoclaváveis);
- Pinças, escovas para coleta citológica, espátulas de Ayre e lâminas;
- Equipamentos de proteção individual (EPI);
- Computador com acesso ao prontuário eletrônico e sistema de agendamento;
- Coletor de material biológico e recipientes para resíduos infectantes (segundo RDC 222/2018).

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Ginecologista	Realizar anamnese e exame físico completo; identificar fatores de risco; solicitar exames complementares; emitir diagnóstico e plano terapêutico; registrar condutas e encaminhamentos.
Enfermeiro(a)	Realizar acolhimento, triagem, orientações e cuidados de enfermagem; auxiliar na coleta de exames; garantir privacidade e conforto durante o exame.
Técnico de Enfermagem	Preparar material e sala de exame; apoiar o profissional médico durante o procedimento.
Secretaria de Recepção	Garantir organização de agendamento, acolhimento e fluxo documental.
NQSP / NEP	Supervisionar adesão ao protocolo e promover treinamentos sobre boas práticas assistenciais.

6. Atividades:

Etapa	Responsável	Ação
Acolhimento e triagem	Enfermagem Recepção	Identificar paciente, confirmar dados e registrar queixa principal.
Avaliação clínica e ginecológica	Ginecologista	Realizar anamnese e exame físico (mamas, abdome e pelve).
Coleta de exames preventivos	Ginecologista Enfermagem	Coletar material para Papanicolau e exames complementares conforme indicação.
Planejamento terapêutico	Ginecologista	Estabelecer conduta e prescrever tratamento ou encaminhamento.
Orientações e registro	Ginecologista Enfermagem	Fornecer orientações sobre autocuidado, prevenção e retorno; registrar tudo em prontuário.
Encaminhamento e retorno	Secretaria Enfermagem	Agendar retorno ou encaminhar para outros serviços (mastologia, endocrinologia, etc.).

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Percentual de consultas com coleta de exame preventivo conforme faixa etária	$(\text{N}^\circ \text{ de coletas} / \text{n}^\circ \text{ total de consultas elegíveis}) \times 100$	$\geq 90\%$	Mensal
Percentual de registros completos em prontuário	$(\text{Consultas com registros completos} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de pacientes com retorno agendado	$(\text{Pacientes com retorno} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 85\%$	Trimestral
Taxa de detecção de alterações citológicas	$(\text{Casos alterados} / \text{total de exames realizados}) \times 100$	$\geq 5\%$	Trimestral
Número de Consultas realizadas (Indicador monitoramento segundo ANEXO I – CRITÉRIOS E METAS DE PRODUÇÃO)	Número de Consultas realizadas	100	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração do protocolo e validação pela equipe ginecológica e NQSP	Diretoria Técnica / Ginecologia
Mês 2	Capacitação	Treinamento da equipe multiprofissional sobre o protocolo e coleta citológica	NEP / NQSP
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação em 30% das consultas ambulatoriais	Ginecologia / NQSP
Mês 4–6	Expansão e Consolidação	Aplicação integral em 100% dos atendimentos ginecológicos	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Avaliação de indicadores e ajustes conforme resultados	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

- O exame ginecológico deve ser realizado em ambiente privativo, garantindo conforto e confidencialidade.
- Todo resultado anormal deve ser comunicado ao paciente com plano de acompanhamento definido.
- É vedada a emissão de laudos sem exame físico direto (**Resolução CFM nº 2.324/2022**).
- O protocolo deve ser revisado anualmente, com atualização conforme novas diretrizes e dados institucionais.
- Em casos de violência sexual ou suspeita de abuso, seguir o **Protocolo de Notificação Compulsória** e acionar a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**.

10.Referências

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Diretrizes Brasileiras de Atenção à Saúde da Mulher**. São Paulo, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Women's Health Guidelines**. Geneva, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2023.

**PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – ORTOPEDIA
(ADULTO)****2.2.2.95. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – ORTOPEDIA
(ADULTO)****CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA – ADULTO****1.Introdução**

A consulta ambulatorial em Ortopedia e Traumatologia – Cirurgia Ortopédica Adulto tem como finalidade a avaliação, diagnóstico e acompanhamento de doenças e disfunções do sistema musculoesquelético, bem como a indicação de tratamentos clínicos, fisioterápicos ou cirúrgicos conforme a necessidade do paciente.

Este protocolo normatiza as práticas assistenciais no âmbito ambulatorial ortopédico, assegurando condutas baseadas em evidências científicas, integração multiprofissional e rastreabilidade das informações clínicas, conforme preconizam a ONA, a RDC nº 36/2013, e as Resoluções CFM nº 2.324/2022 e nº 2.217/2018.

O atendimento especializado deve priorizar a segurança do paciente, o diagnóstico precoce e a reabilitação funcional, promovendo cuidado integral e resolutivo.

2.Revisão de literatura:

As **Diretrizes da SBOT (2023)** e da **AAOS (2022)** reforçam a importância da padronização das consultas ortopédicas, com foco na estratificação de risco, uso racional de exames de imagem e definição clara de condutas terapêuticas.

A consulta ambulatorial deve contemplar:

- Anamnese detalhada e direcionada à queixa musculoesquelética;

- Avaliação funcional e biomecânica do segmento acometido;
- Exame físico completo, incluindo inspeção, palpação, amplitude de movimento e testes específicos;
- Solicitação racional de exames de imagem e laboratoriais, de acordo com critérios clínicos;
- Definição de plano terapêutico (conservador ou cirúrgico) e orientações de reabilitação.

Grau de Recomendação (SBOT, 2023):

- **Classe I / Evidência A:** Avaliação clínica e funcional detalhada.
- **Classe I / Evidência B:** Indicação de exames complementares conforme necessidade diagnóstica.
- **Classe IIa / Evidência B:** Implementação de protocolos de dor e reabilitação precoce.
- **Classe III / Evidência C:** Exames ou procedimentos sem correlação clínica direta.

A prática deve ser custo-efetiva e segura, evitando o uso excessivo de exames e procedimentos desnecessários, especialmente em contextos hospitalares públicos e regulados.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o atendimento ambulatorial em Ortopedia e Traumatologia (adulto).
- Garantir diagnóstico preciso e conduta terapêutica segura e humanizada.
- Reduzir complicações e cronificação de doenças musculoesqueléticas.
- Promover integração entre Ortopedia, Fisioterapia, Reabilitação e outras especialidades.
- Assegurar o cumprimento das diretrizes da ONA e da Anvisa sobre segurança assistencial.

Público-alvo:

Pacientes adultos com queixas ortopédicas agudas ou crônicas, encaminhados para avaliação especializada e possível indicação cirúrgica.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

- Consultório equipado com:
 - Mesa de exame, foco de luz, instrumentos de avaliação ortopédica (martelo, goniômetro, fita métrica).
 - Recursos para imobilização temporária (talas, ataduras, muletas).
 - Acesso a radiologia convencional, tomografia e ressonância magnética.
 - Sistema de prontuário eletrônico e agendamento integrado.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Ortopedista	Realizar anamnese e exame físico detalhado; identificar disfunções musculoesqueléticas; indicar exames complementares; definir conduta terapêutica (clínica, fisioterápica ou cirúrgica).
Equipe de Enfermagem	Executar acolhimento, triagem inicial, verificação de sinais vitais e orientações de cuidados pós-consulta.
Fisioterapeuta (quando disponível)	Avaliar função musculoesquelética e colaborar na definição do plano de reabilitação.
Secretaria Recepção	/ Organizar o fluxo de atendimento e registros administrativos.
NQSP / NEP	Supervisionar adesão ao protocolo, promover treinamentos e revisões periódicas.

6. Atividades:

Etapa	Responsável	Ação
Acolhimento	Enfermagem / Recepção	Identificar paciente e registrar queixa principal.

Avaliação clínica e funcional	Ortopedista	Realizar anamnese direcionada, exame físico e testes ortopédicos específicos.
Solicitação de exames	Ortopedista	Solicitar exames de imagem ou laboratoriais conforme necessidade.
Definição de conduta	Ortopedista	Estabelecer plano terapêutico (tratamento conservador, reabilitação ou cirurgia).
Registro e orientações	Ortopedista / Enfermagem	Registrar condutas e orientações em prontuário; agendar retorno.
Encaminhamentos complementares	Ortopedista / Secretaria	Direcionar paciente para fisioterapia, imagem ou avaliação cirúrgica.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Percentual de consultas com registro clínico completo	$(\text{N}^\circ \text{ de consultas conformes} / \text{total de consultas auditadas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de diagnósticos confirmados com exame de imagem	$(\text{Casos confirmados} / \text{total de solicitações}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Taxa de reencaminhamento por falha terapêutica	$(\text{N}^\circ \text{ de reencaminhamentos} / \text{total de pacientes}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral
Percentual de adesão ao plano de reabilitação	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes em seguimento fisioterápico} / \text{total com indicação}) \times 100$	$\geq 80\%$	Trimestral
Número de Consultas realizadas (Indicador monitoramento segundo ANEXO I – CRITÉRIOS E METAS DE PRODUÇÃO)	Número de Consultas realizadas	150	Mensal

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo junto à equipe ortopédica e NQSP	Diretoria Técnica / Ortopedia
Mês 2	Capacitação	Treinamento da equipe médica e multiprofissional sobre o protocolo e fluxos	NEP / Ortopedia
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação do protocolo em 30% dos atendimentos ambulatoriais	Ortopedia / NQSP
Mês 4–6	Expansão	Aplicação integral em 100% das consultas ortopédicas	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Avaliação de indicadores e ajustes de melhoria	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

Todo paciente deve ser avaliado presencialmente; é vedada emissão de parecer sem exame clínico (Resolução CFM nº 2.324/2022).

Em casos de trauma agudo, seguir protocolos de priorização conforme gravidade (ABCDE ortopédico).

Em situações que indiquem cirurgia eletiva, realizar avaliação pré-operatória cardiológica conforme protocolo correlato.

O protocolo deve ser revisado anualmente, de acordo com atualização de diretrizes e desempenho dos indicadores.

10. Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT). **Diretrizes Clínicas em Ortopedia e Traumatologia**. São Paulo, 2023.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS (AAOS). **Clinical Practice Guidelines**. Illinois, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2023.

**PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – CIRURGIA VASCULAR****2.2.2.96. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – CIRURGIA VASCULAR****CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR****1.Introdução**

A consulta ambulatorial em Cirurgia Vascular tem como objetivo a avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças que acometem o sistema arterial, venoso e linfático, com foco na prevenção de complicações e na manutenção da circulação adequada dos membros e órgãos vitais.

Este protocolo define os parâmetros assistenciais e operacionais para a realização de consultas especializadas em Cirurgia Vascular no âmbito ambulatorial, assegurando qualidade, rastreabilidade e segurança do paciente, conforme os padrões estabelecidos pela RDC nº 36/2013 (Anvisa), o Manual de Acreditação da ONA (2023) e as Resoluções CFM nº 2.324/2022 e nº 2.217/2018.

A abordagem vascular ambulatorial é fundamental para o manejo precoce de doenças arteriais periféricas, insuficiências venosas crônicas, trombooses e outras afecções circulatórias, garantindo condutas embasadas em evidências científicas e protocolos de segurança.

2.Revisão de literatura:

As **Diretrizes da SBACV (2022)** e da **ACC/AHA (2022)** reforçam que a avaliação ambulatorial vascular deve integrar aspectos clínicos, hemodinâmicos e preventivos, buscando reduzir a morbimortalidade associada às doenças vasculares.

Os principais componentes da consulta incluem:

- Anamnese detalhada com identificação de fatores de risco cardiovasculares (hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, histórico familiar);
- Exame físico direcionado (avaliação de pulsos, varizes, edema, feridas, sinais de isquemia);
- Solicitação de exames diagnósticos não invasivos (Eco-Doppler, índice tornozelo-braquial, angiotomografia quando necessário);
- Orientações sobre autocuidado, uso de meias elásticas, controle de comorbidades e cessação de tabagismo;
- Indicação cirúrgica ou endovascular conforme critérios clínicos e anatômicos.

Grau de Recomendação (SBACV/ACC-AHA, 2022):

- **Classe I / Evidência A:** Avaliação clínica e exame físico vascular detalhado.
- **Classe I / Evidência B:** Solicitação de Ecodoppler conforme indicação clínica.
- **Classe IIa / Evidência B:** Uso de medidas preventivas (exercício, compressão, controle metabólico).
- **Classe III / Evidência C:** Exames invasivos sem indicação clínica clara.

A padronização dos fluxos de atendimento garante eficiência, segurança e custo-efetividade no cuidado vascular ambulatorial.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o atendimento ambulatorial especializado em Cirurgia Vascular.
- Garantir diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo das doenças vasculares.
- Promover a integração entre equipe vascular, clínica médica, enfermagem e fisioterapia.
- Reduzir complicações associadas a doenças venosas e arteriais.
- Assegurar conformidade com as normas da Anvisa, ONA e CFM.

Público-alvo:

Pacientes adultos e idosos com doenças vasculares arteriais, venosas ou linfáticas, em acompanhamento ambulatorial eletivo ou encaminhados pela rede de atenção à saúde.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

- Consultório ambulatorial com:
 - Maca, foco de luz, fita métrica, doppler portátil e instrumental básico.
 - Computador com sistema de prontuário eletrônico.
 - Equipamentos para exames não invasivos (Eco-Doppler, ITB), se necessário segui com fluxo de encaminhamento para realização em SADT.
 - Materiais de curativo e insumos para pequenas intervenções ambulatoriais.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Cirurgião Vascular	Realizar anamnese e exame físico; solicitar exames complementares; definir diagnóstico e conduta; indicar tratamento clínico, cirúrgico ou endovascular; registrar no prontuário eletrônico.
Equipe de Enfermagem	Realizar acolhimento e verificação de sinais vitais; orientar o paciente sobre cuidados com membros inferiores, uso de meias e curativos; apoiar procedimentos ambulatoriais.
Secretaria Recepção	Organizar agendamento, controle de consultas e registros administrativos.
NQSP / NEP	Supervisionar adesão ao protocolo, conduzir treinamentos e revisar indicadores de desempenho.

6. Atividades:

Etapa	Responsável	Ação
Acolhimento	Enfermagem / Recepção	Confirmar dados e queixa principal; orientar sobre preparo para exame físico vascular.
Avaliação clínica	Cirurgião Vascular	Realizar anamnese e exame físico (inspeção, palpação, ausculta e testes específicos).
Solicitação de exames	Cirurgião Vascular	Solicitar exames complementares (Eco-Doppler, ITB, angiografia) conforme necessidade clínica.
Definição de conduta	Cirurgião Vascular	Estabelecer plano terapêutico (tratamento conservador, clínico, ou indicação cirúrgica).
Registro e orientação	Cirurgião / Enfermagem	Registrar conduta, prescrever orientações sobre cuidados e retorno.
Retorno e acompanhamento	Cirurgião / Secretaria	Agendar retorno para reavaliação clínica e monitoramento terapêutico.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Consultas realizadas (Indicador de produção – Anexo I)	Total de consultas realizadas	220	Mensal
Percentual de consultas com registro completo no prontuário	$(\text{N}^\circ \text{ de consultas conformes} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de pacientes com diagnóstico confirmado por exame de imagem	$(\text{N}^\circ \text{ de diagnósticos confirmados} / \text{total de solicitações}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Percentual de pacientes com plano terapêutico definido	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes com conduta registrada} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Mensal

Taxa de reencaminhamento por complicações vasculares	$(N^{\circ} \text{ de reencaminhamentos} / \text{total de pacientes}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral

8.Plano de implantação:

Mês	Etapa	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração do protocolo e validação pela equipe vascular e Diretoria Técnica	Diretoria Técnica / Cirurgia Vascular
Mês 2	Capacitação	Treinamento da equipe sobre fluxos e boas práticas clínicas	NEP / NQSP
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação em 30% dos atendimentos ambulatoriais	Cirurgia Vascular / NQSP
Mês 4–6	Expansão	Aplicação em 100% das consultas especializadas	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Avaliação dos indicadores e ajustes do fluxo assistencial	NQSP / Diretoria Técnica

9.Notas importantes

O cirurgião vascular deve realizar a avaliação presencial do paciente, sendo vedada emissão de laudos sem exame clínico direto (Res. CFM nº 2.324/2022).

Todos os exames devem ser interpretados e arquivados em prontuário conforme Res. CFM nº 2.217/2018.

Em casos de risco elevado de complicações (isquemia crítica, trombose aguda, aneurisma roto), o paciente deve ser imediatamente encaminhado para avaliação hospitalar.

O protocolo deve ser revisado anualmente, com base nos resultados dos indicadores e nas atualizações científicas da SBACV.

10.Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR (SBACV). **Diretrizes de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Vasculares**. São Paulo, 2022.

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY / AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for the Management of Peripheral Artery Disease**. Circulation, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2023.

**PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – UROLOGIA****2.2.2.97. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – UROLOGIA****CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA****1.Introdução**

A consulta ambulatorial em Urologia visa ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças do trato urinário e do sistema reprodutor masculino, abrangendo ações preventivas, curativas e de reabilitação.

Este protocolo tem como finalidade padronizar o atendimento especializado em Urologia, garantindo qualidade assistencial, rastreabilidade documental e segurança do paciente, conforme estabelecido pela RDC nº 36/2013 (Anvisa), as Resoluções CFM nº 2.324/2022 e nº 2.217/2018, e o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA (2023).

O atendimento ambulatorial urológico é essencial para o manejo precoce de condições crônicas e agudas, como hiperplasia prostática, infecções urinárias, cálculos renais, disfunções miccionais e doenças neoplásicas, promovendo assistência integral e humanizada.

2.Revisão de literatura:

De acordo com as **Diretrizes da SBU (2023)** e da **European Association of Urology (EAU, 2024)**, a consulta urológica ambulatorial deve seguir fluxos clínicos e diagnósticos baseados em evidências, priorizando o uso racional de exames complementares e o acompanhamento contínuo do paciente.

Os principais componentes incluem:

- Anamnese detalhada com foco em sintomas urinários, sexuais e antecedentes cirúrgicos;
- Exame físico urológico completo (inspeção abdominal, toque retal, avaliação genital);
- Solicitação de exames complementares conforme suspeita diagnóstica (EAS, PSA, urocultura, ultrassonografia, urofluxometria, cistoscopia);
- Orientações sobre hábitos de vida, controle metabólico e adesão terapêutica;
- Encaminhamentos para exames especializados ou procedimentos cirúrgicos.

Grau de Recomendação (SBU, 2023):

- **Classe I / Evidência A:** Avaliação clínica e física detalhada, com uso de protocolos diagnósticos.
- **Classe I / Evidência B:** Solicitação direcionada de exames complementares conforme quadro clínico.
- **Classe IIa / Evidência B:** Implementação de programas de rastreamento do câncer de próstata e bexiga conforme faixa etária.
- **Classe III / Evidência C:** Solicitação de exames de rotina sem correlação clínica.

A prática clínica deve ser orientada por evidências e critérios de custo-efetividade, priorizando segurança e humanização.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o atendimento ambulatorial especializado em Urologia.
- Garantir conduta diagnóstica e terapêutica baseada em evidências científicas.
- Fortalecer a integração entre Urologia, Clínica Médica, Laboratório e Diagnóstico por Imagem.
- Promover rastreamento precoce de doenças urológicas prevalentes.
- Assegurar a conformidade com os padrões de qualidade da ONA e regulamentações da Anvisa.

Público-alvo:

Pacientes adultos e idosos encaminhados para avaliação e tratamento de doenças do trato urinário e reprodutor masculino.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

- Consultório urológico equipado com:
 - Mesa de exame, foco de luz, luvas estéreis, espelhos, sondas, lubrificantes e material para coleta de amostras.
 - Equipamentos de apoio (urofluxômetro, ultrassom portátil, negatoscópio).
 - Acesso a laboratório clínico e diagnóstico por imagem.
 - Sistema informatizado de prontuário eletrônico e controle de consultas.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Urologista	Realizar anamnese e exame físico detalhado; solicitar exames diagnósticos; definir conduta terapêutica; prescrever tratamento clínico ou cirúrgico; registrar atendimento.
Enfermeiro(a)	Realizar acolhimento, triagem, verificação de sinais vitais e orientações; auxiliar na realização de sondagens, coletas e procedimentos ambulatoriais.
Técnico de Enfermagem	Preparar o ambiente e os materiais; apoiar o médico durante o exame e procedimentos.
Secretaria Recepção	/ Organizar agendamentos, registros e fluxo de informações.
NQSP / NEP	Supervisionar adesão ao protocolo, capacitar equipes e revisar indicadores.

6. Atividades:

Categoria	Atribuições
Médico Urologista	Realizar anamnese e exame físico detalhado; solicitar exames diagnósticos; definir conduta terapêutica; prescrever tratamento clínico ou cirúrgico; registrar atendimento.
Enfermeiro(a)	Realizar acolhimento, triagem, verificação de sinais vitais e orientações; auxiliar na realização de sondagens, coletas e procedimentos ambulatoriais.
Técnico de Enfermagem	Preparar o ambiente e os materiais; apoiar o médico durante o exame e procedimentos.
Secretaria de Recepção	Organizar agendamentos, registros e fluxo de informações.
NQSP / NEP	Supervisionar adesão ao protocolo, capacitar equipes e revisar indicadores.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Consultas realizadas (Indicador de produção – Anexo I)	Total de consultas realizadas	80	Mensal
Percentual de consultas com registro completo no prontuário	$(\text{Consultas conformes} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de pacientes com diagnóstico confirmado por exame complementar	$(\text{Casos confirmados} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Percentual de pacientes com plano terapêutico definido	$(\text{Pacientes com conduta registrada} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Mensal
Taxa de reencaminhamento por recidiva ou falha terapêutica	$(\text{Nº de reencaminhamentos} / \text{total de pacientes}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração do protocolo e validação pela equipe urológica e Diretoria Técnica	Diretoria Técnica / Urologia
Mês 2	Capacitação	Treinamento sobre fluxo ambulatorial e boas práticas urológicas	NEP / NQSP
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação do protocolo em 30% dos atendimentos	Urologia / NQSP
Mês 4–6	Expansão	Implantação em 100% das consultas ambulatoriais	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Revisão de indicadores e ajustes de processo	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

É obrigatória a avaliação presencial para emissão de laudos ou pareceres (**Resolução CFM nº 2.324/2022**).

O registro de dados clínicos deve ser completo e arquivado conforme o **Código de Ética Médica (Res. CFM nº 2.217/2018)**.

Pacientes com suspeita de neoplasias urológicas devem ter prioridade no fluxo de diagnóstico e tratamento.

Em casos de retenção urinária aguda ou infecção grave, o paciente deve ser imediatamente encaminhado ao pronto atendimento hospitalar.

O protocolo deve ser revisado anualmente, conforme resultados dos indicadores e atualização das diretrizes da SBU/EAU.

10. Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Diretrizes de Atendimento Ambulatorial em Urologia**. São Paulo, 2023.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY (EAU). **EAU Guidelines on Urological Diseases**. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2023.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – OTORRINOLARINGOLOGIA

2.2.2.98. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

1.Introdução

A consulta ambulatorial em Otorrinolaringologia tem como objetivo a avaliação, diagnóstico e tratamento das doenças do ouvido, nariz, seios paranasais, faringe, laringe e estruturas cervicais relacionadas. O atendimento especializado busca restaurar e manter as funções auditiva, vestibular, respiratória e vocal, assegurando a qualidade de vida do paciente.

Este protocolo define os parâmetros técnicos e operacionais para a realização das consultas ambulatoriais em Otorrinolaringologia, conforme as boas práticas assistenciais preconizadas pela ONA, a RDC nº 36/2013 (Anvisa) e as Resoluções CFM nº 2.324/2022 e 2.217/2018.

A padronização dos atendimentos favorece a segurança do paciente, o uso racional de recursos diagnósticos e a comunicação efetiva entre as equipes multiprofissionais, garantindo assistência humanizada, segura e resolutiva.

2.Revisão de literatura:

As **Diretrizes da ABORL-CCF (2023)** e da **AAO-HNS (2023)** destacam a importância da abordagem sistematizada das doenças otorrinolaringológicas, com ênfase em:

- Avaliação clínica detalhada e direcionada à queixa principal (otorreia, zumbido, rinite, ronco, disfagia, disfonia, vertigem, etc.);
- Exame físico específico das cavidades nasal, oral, otológica e cervical;

- Exames complementares conforme indicação clínica (nasofibrolaringoscopia, audiometria, imitanciometria, testes vestibulares, tomografia de seios da face);
- Condutas terapêuticas baseadas em evidências e protocolos clínicos validados.

Grau de Recomendação (ABORL/AAO-HNS, 2023):

- **Classe I / Evidência A:** Anamnese e exame físico otorrinolaringológico completos.
- **Classe I / Evidência B:** Solicitação direcionada de exames audiológicos e endoscópicos.
- **Classe IIa / Evidência B:** Implementação de programas preventivos de saúde auditiva e vocal.
- **Classe III / Evidência C:** Solicitação de exames de imagem sem correlação clínica.

A consulta deve ser custo-efetiva, priorizando o diagnóstico clínico e a reabilitação precoce, integrando-se às redes de atenção e aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o atendimento ambulatorial especializado em Otorrinolaringologia.
- Garantir a segurança e integralidade no diagnóstico e tratamento das doenças otorrinolaringológicas.
- Assegurar conformidade com as regulamentações da Anvisa, ONA e CFM.
- Promover integração entre as equipes médica, fonoaudiológica e de reabilitação.
- Contribuir para a redução de agravos auditivos, vocais e respiratórios.

Público-alvo:

Pacientes adultos e pediátricos encaminhados para avaliação de sintomas otológicos, nasais, faríngeos, laríngeos e cervicais, ou acompanhamento de doenças crônicas otorrinolaringológicas.

4.Recursos físicos e materiais (se houver)

Consultório ambulatorial com:

- Cadeira otorrinolaringológica, foco de luz, otoscópio, espéculos, abaixadores de língua, laringoscópio e negatoscópio;
- Equipamentos de audiometria, imitanciometria e nasofibrolaringoscopia;
- Materiais de assepsia e EPI;
- Sistema informatizado para registro e rastreabilidade de consultas e exames.

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Otorrinolaringologista	Realizar anamnese detalhada, exame físico completo e exames complementares conforme necessidade; definir diagnóstico e conduta terapêutica; registrar todas as etapas em prontuário eletrônico.
Enfermeiro(a)	Executar acolhimento, triagem e orientações gerais; preparar paciente e ambiente; auxiliar em procedimentos ambulatoriais.
Técnico de Enfermagem	Apoiar o médico durante o exame e garantir higienização e organização do ambiente.
Fonoaudiólogo (quando disponível)	Realizar exames audiológicos, orientar sobre reabilitação auditiva e vocal.
Secretaria / Recepção	Organizar o agendamento e o fluxo documental.
NQSP / NEP	Monitorar adesão ao protocolo, conduzir capacitações e revisar indicadores de desempenho.

6. Atividades:

Etapa	Responsável	Ação
Acolhimento e triagem	Enfermagem / Recepção	Identificar paciente, confirmar dados e registrar queixa principal.

Avaliação clínica e exame físico	Otorrinolaringologista	Realizar exame otológico, nasal, orofaríngeo e laríngeo completo.
Exames complementares	Otorrinolaringologista / Fonoaudiólogo	Solicitar e/ou realizar exames audiológicos e endoscópicos quando indicados.
Definição da conduta	Otorrinolaringologista	Estabelecer plano terapêutico, prescrever medicamentos e indicar tratamentos ou cirurgias.
Registro e orientação	Otorrinolaringologista / Enfermagem	Registrar condutas e fornecer orientações sobre autocuidado e retorno.
Retorno e acompanhamento	Otorrinolaringologista / Secretaria	Agendar retorno conforme necessidade clínica e evolução do caso.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Consultas realizadas (Indicador de produção – Anexo I)	Total de consultas realizadas	80	Mensal
Percentual de consultas com registro completo em prontuário	$(\text{Consultas conformes} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de diagnósticos confirmados por exames audiológicos ou endoscópicos	$(\text{Casos confirmados} / \text{total de consultas com exames}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Percentual de pacientes com plano terapêutico definido	$(\text{Pacientes com conduta registrada} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Mensal
Taxa de reencaminhamento por falha terapêutica	$(\text{Reencaminhamentos} / \text{total de pacientes}) \times 100$	$\leq 10\%$	Trimestral

8. Plano de implantação:

Mês	Etapas	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração do protocolo e validação junto à equipe otorrinolaringológica	Diretoria Técnica / Otorrinolaringologia
Mês 2	Capacitação	Treinamento sobre fluxos assistenciais, equipamentos e segurança do paciente	NEP / NQSP
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação em 30% dos atendimentos ambulatoriais	Otorrinolaringologia / NQSP
Mês 4-6	Expansão	Aplicação integral do protocolo em 100% das consultas	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Revisão de indicadores e ajustes do fluxo assistencial	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

- É obrigatória a avaliação presencial e o registro de todos os achados clínicos e exames realizados (Resolução CFM nº 2.324/2022).
- Deve-se assegurar a desinfecção e rastreabilidade dos materiais óticos e endoscópicos conforme RDC nº 15/2012 e RDC nº 222/2018.
- Casos com suspeita de neoplasias, distúrbios auditivos incapacitantes ou apneia obstrutiva grave devem ser priorizados para encaminhamento hospitalar.
- O protocolo deve ser revisado anualmente, considerando indicadores e novas diretrizes clínicas.

10. Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL (ABORL-CCF). **Diretrizes Brasileiras de Otorrinolaringologia Ambulatorial**. São Paulo, 2023.

AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY – HEAD AND NECK SURGERY (AAO-HNS). **Clinical Practice Guidelines in Otolaryngology**. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2023.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – OFTALMOLOGIA

2.2.2.99. PROTOCOLO CLÍNICO AMBULATORIAL – OFTALMOLOGIA

Consulta Médica Especializada em Oftalmologia

1.Introdução

A consulta ambulatorial em Oftalmologia tem como objetivo a avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças que acometem os olhos e estruturas perioculares, promovendo a manutenção da saúde visual, a prevenção da cegueira evitável e o manejo de condições oculares crônicas.

Este protocolo visa padronizar o atendimento especializado ambulatorial em Oftalmologia, garantindo práticas seguras, rastreabilidade dos registros e integração entre as equipes multiprofissionais, em conformidade com as normas da Anvisa (RDC nº 36/2013), Resoluções do CFM nº 2.324/2022 e nº 2.217/2018, e com o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA (2023).

A consulta oftalmológica ambulatorial é parte essencial da linha de cuidado em saúde ocular, permitindo diagnóstico precoce, tratamento oportuno e encaminhamento de casos cirúrgicos ou de alta complexidade.

2.Revisão de literatura:

Segundo as **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Oftalmologia (CBO, 2023)** e da **American Academy of Ophthalmology (AAO, 2022)**, o atendimento ambulatorial oftalmológico deve ser estruturado em etapas sistematizadas de avaliação visual, exame físico e diagnóstico complementar.

A consulta deve contemplar:

- Anamnese detalhada com ênfase em sintomas visuais (baixa acuidade, dor ocular, prurido, fotofobia, secreção, diplopia, halos luminosos etc.);
- Avaliação da acuidade visual e refração;
- Exame biomicroscópico e fundoscopia direta/indireta;
- Mensuração da pressão intraocular (tonometria);
- Testes complementares conforme indicação clínica (campimetria, OCT, retinografia, paquimetria, topografia corneana);
- Orientações sobre higiene ocular, uso racional de colírios e proteção visual.

Grau de Recomendação (CBO/AAO):

- **Classe I / Evidência A:** Avaliação da acuidade visual e exame oftalmológico completo em todas as consultas.
- **Classe I / Evidência B:** Uso de exames complementares dirigidos à hipótese diagnóstica.
- **Classe IIa / Evidência B:** Implementação de programas de triagem e prevenção da cegueira.
- **Classe III / Evidência C:** Solicitação de exames sem justificativa clínica.

O atendimento deve ser guiado pelos princípios de custo-efetividade, segurança e humanização, com foco na melhoria contínua da qualidade assistencial.

3.Objetivo(s):

- Padronizar o atendimento ambulatorial especializado em Oftalmologia.
- Garantir diagnóstico precoce e tratamento oportuno de doenças oculares.
- Prevenir complicações e agravos visuais evitáveis.
- Promover integração entre Oftalmologia, Clínica Médica e outros serviços especializados.
- Cumprir os requisitos legais e de qualidade definidos pela ONA e Anvisa.

Público-alvo:

Pacientes de todas as faixas etárias encaminhados para avaliação oftalmológica especializada, incluindo rastreamento, acompanhamento e diagnóstico de doenças oculares.

4. Recursos físicos e materiais (se houver)

- Consultório oftalmológico equipado com:
 - Cadeira oftalmológica, lâmpada de fenda, tonômetro, projetor de optótipos e lentes de refração;
 - Oftalmoscópio, retinoscópio, lupas e colírios midriáticos e anestésicos;
 - Computador com prontuário eletrônico e sistema de agendamento;
 - Equipamentos diagnósticos complementares (auto refrator, campímetro, OCT, paquímetro, retinógrafo, topógrafo).

5. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria	Atribuições
Médico Oftalmologista	Realizar anamnese e exame físico completo; avaliar acuidade visual e pressão intraocular; solicitar exames complementares; prescrever conduta terapêutica e reabilitação visual; registrar em prontuário eletrônico.
Enfermeiro(a)	Realizar acolhimento, triagem, aferição de sinais vitais e orientação sobre preparo para exames e colírios; auxiliar em pequenos procedimentos.
Técnico de Enfermagem	Preparar o ambiente e os equipamentos; auxiliar o médico durante o exame; higienizar e organizar materiais.
Secretaria Recepção /	Controlar agendamentos, registro de consultas e fluxo administrativo.
NQSP / NEP	Monitorar adesão ao protocolo, conduzir capacitações e revisar resultados de indicadores.

6. Atividades:

Etapa	Responsável	Ação
Acolhimento	Enfermagem / Recepção	Identificar paciente, confirmar dados e registrar queixa principal.
Avaliação clínica e exame oftalmológico	Oftalmologista	Realizar anamnese, avaliação de acuidade visual, refração e exame biomicroscópico.
Exames complementares	Oftalmologista / Técnico	Solicitar e/ou realizar exames diagnósticos conforme indicação clínica.
Definição da conduta	Oftalmologista	Estabelecer plano terapêutico (clínico, cirúrgico ou de reabilitação visual).
Registro e orientações	Oftalmologista / Enfermagem	Registrar condutas e fornecer orientações sobre autocuidado ocular e retorno.
Retorno e acompanhamento	Oftalmologista / Secretaria	Agendar retorno e monitorar evolução clínica.

7. Resultados esperados e indicadores

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Periodicidade
Número de Consultas realizadas (Indicador de produção – Anexo I)	Total de consultas realizadas	100	Mensal
Percentual de consultas com registro clínico completo	$(\text{Consultas conformes} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Mensal
Percentual de pacientes com diagnóstico confirmado por exame complementar	$(\text{Casos confirmados} / \text{total de solicitações}) \times 100$	$\geq 90\%$	Trimestral
Percentual de pacientes com plano terapêutico definido	$(\text{Consultas com conduta registrada} / \text{total de consultas}) \times 100$	$\geq 90\%$	Mensal

Taxa de reencaminhamento por falha terapêutica ou complicação	(Reencaminhamentos / total de pacientes) × 100	≤ 10%	Trimestral

8. Plano de implantação:

Mês	Etapa	Descrição	Responsável
Mês 1	Planejamento	Elaboração e validação do protocolo junto à equipe oftalmológica	Diretoria Técnica / Oftalmologia
Mês 2	Capacitação	Treinamento das equipes assistenciais e administrativas	NEP / NQSP
Mês 3	Implementação Piloto	Aplicação do protocolo em 30% dos atendimentos	Oftalmologia / NQSP
Mês 4–6	Expansão	Aplicação integral em 100% das consultas ambulatoriais	Diretoria Médica / NEP
Mês 6	Validação	Revisão dos resultados e ajustes dos fluxos	NQSP / Diretoria Técnica

9. Notas importantes

- É obrigatória a avaliação presencial do paciente e o registro completo em prontuário (Resolução CFM nº 2.324/2022).
- Deve-se garantir o controle rigoroso da higienização de instrumentos oftálmicos conforme RDC nº 15/2012 e RDC nº 222/2018.
- Pacientes com diagnóstico de urgência (glaucoma agudo, descolamento de retina, perfuração ocular, trauma químico) devem ter atendimento imediato.
- O protocolo deve ser revisado anualmente, conforme atualização das diretrizes científicas e desempenho dos indicadores.

10. Referências

- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO). **Diretrizes Clínicas e Operacionais em Oftalmologia**. São Paulo, 2023.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY (AAO). **Preferred Practice Patterns – Eye Care Guidelines**. San Francisco, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.324, de 17 de março de 2022**. Dispõe sobre emissão de pareceres médicos.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2023.

2.2.3. Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte.

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) apresenta proposta para a **implantação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** no Pronto Atendimento de Urgência e Emergência do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, em conformidade com a **Portaria GM/MS nº 2.395/2011** e os princípios da **Política Nacional de Humanização (PNH)**. O objetivo é garantir um atendimento humanizado, seguro e resolutivo, priorizando os casos conforme o grau de sofrimento, agravos à saúde e risco de morte, com funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, 7 dias por semana.

1. Estrutura Física

A unidade hospitalar dispõe de infraestrutura adequada para a operacionalização do ACCR, conforme descrito no **Anexo I** do edital:

- **Sala de Triagem** (Bloco 9)
- **Sala Vermelha** – Emergência (tempo zero)
- **Sala Amarela** – Urgência (até 60 minutos)
- **Sala Verde e Sala Verde Pediátrica** – Casos não urgentes e observação (até 120 minutos)
- **Área Azul** – Consultas de baixa complexidade (até 240 minutos)
- **Ambientes de apoio:** Recepção/Registro, Sala de Espera, Sala de Serviço Social, Sala de Supervisão de Enfermagem, Sala de Procedimento, Posto de Enfermagem

2. Identificação do Paciente segundo Grau de Sofrimento, Agravos à Saúde e Risco de Morte

A identificação do paciente será realizada por **enfermeiros capacitados**, utilizando o **Sistema de Classificação de Risco (SCR)**, que considera:

- **Grau de sofrimento:** Avaliação da dor, desconforto físico e emocional, sinais de angústia ou sofrimento psíquico.
- **Agravos à saúde:** Presença de sintomas agudos, sinais vitais alterados, histórico clínico relevante, comorbidades e risco de complicações.

- **Risco de morte:** Situações de ameaça à vida, como parada cardiorrespiratória, hemorragias, traumas graves, alterações neurológicas agudas, entre outros.

A triagem será realizada com base em **protocolos clínicos e fluxogramas validados**, que orientam a decisão sobre a prioridade de atendimento, garantindo que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro, independentemente da ordem de chegada.

3. Metodologia de Triagem

A metodologia de triagem a ser adotada pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto será pautada nos princípios da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, substituindo o modelo tradicional de triagem excludente por um processo **acolhedor, resolutivo e baseado em evidências clínicas**, com foco na **priorização do atendimento conforme a gravidade do quadro clínico, grau de sofrimento e risco de morte**.

3.1. Especificidades da Unidade e Fluxos de Entrada

A triagem será adaptada às características operacionais da unidade hospitalar, considerando os seguintes fluxos de entrada:

- **Usuários regulados com Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**, encaminhados pelo **Complexo Regulador Estadual**, serão direcionados diretamente ao **leito de destino na internação**, sem necessidade de passar pelo processo de acolhimento e classificação de risco. Essa medida visa **otimizar o fluxo assistencial**, reduzir o tempo de espera e evitar procedimentos desnecessários. A **família do paciente** será acolhida pela equipe psicossocial, recebendo orientações sobre as **normas, rotinas da unidade, direitos e deveres** relacionados à hospitalização.
- **Usuários regulados para avaliação de urgência**, também provenientes do Complexo Regulador Estadual, serão inseridos no **fluxo padrão de Acolhimento com Classificação de Risco**, conforme protocolo vigente.
- **Usuários transportados por serviços de emergência pré-hospitalar**, como **SAMU ou Corpo de Bombeiros**, serão considerados como casos de potencial urgência ou emergência. Assim, serão **priorizados na triagem**, com classificação imediata e encaminhamento célere para atendimento médico, conforme o grau de risco identificado.

3.2. Protocolo de Classificação de Risco

O processo de acolhimento será operacionalizado por meio da **implantação do Protocolo Internacional de Manchester**, reconhecido mundialmente como uma ferramenta eficaz para a **estratificação da gravidade clínica** em serviços de urgência e emergência.

O **enfermeiro classificador**, devidamente capacitado, será o profissional responsável pela **avaliação inicial do paciente**, utilizando critérios clínicos objetivos para selecionar o **fluxograma mais adequado** à queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados. A partir dessa análise, o paciente será enquadrado em uma das cinco categorias de risco, codificadas por cores, conforme abaixo:

Cor	Prioridade	Tempo Máximo de Atendimento
Vermelho	Emergência	Atendimento imediato (tempo zero)
Laranja	Muito urgente	Até 10 minutos
Amarelo	Urgência	Até 60 minutos
Verde	Pouco urgente	Até 120 minutos
Azul	Não urgente	Até 240 minutos

Essa classificação permite **organizar o fluxo de atendimento com base na gravidade clínica**, garantindo que os pacientes em situação crítica sejam atendidos com prioridade, promovendo **segurança, eficiência e equidade no cuidado**.

4. Equipe Técnica

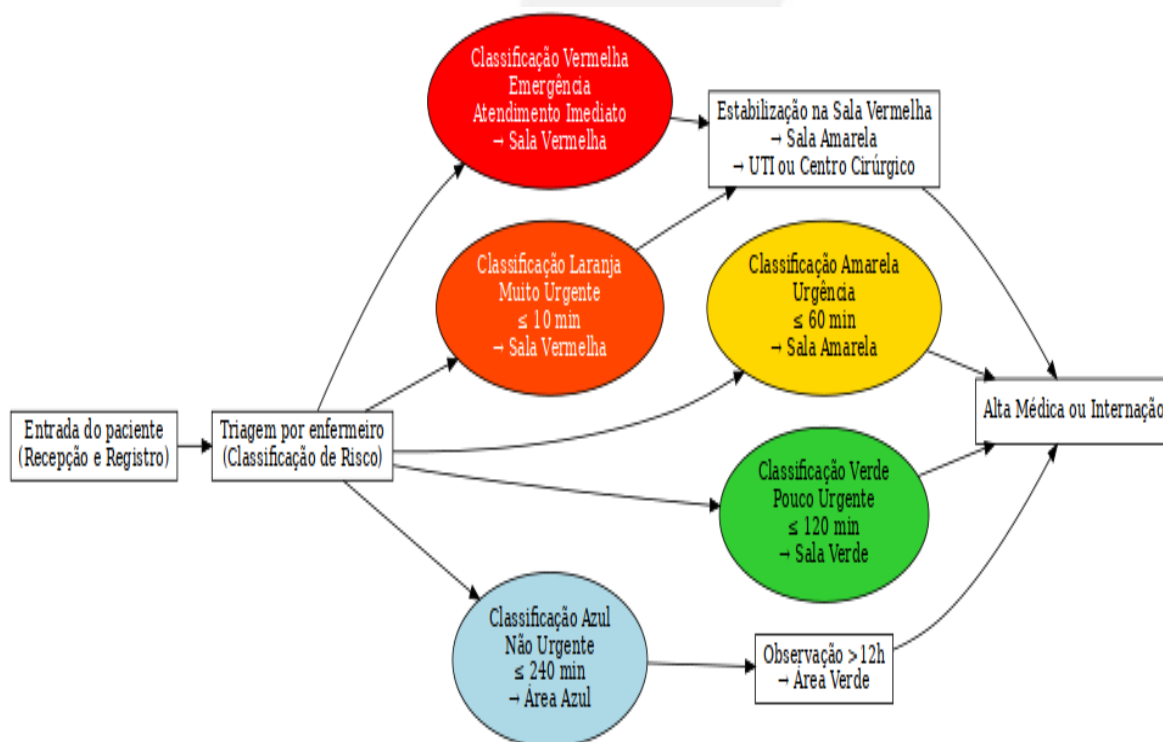
O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** disporá de uma equipe de Acolhimento e Classificação de Risco, 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. Esta equipe será formada, minimamente, por:

- **Enfermeiros** treinados para realizar triagem e classificação de risco.
- **Médicos plantonistas** disponíveis 24h para atendimento conforme classificação.
- **Equipe multiprofissional** (assistentes sociais, técnicos de enfermagem, psicólogos, entre outros) para suporte ao acolhimento, observação e encaminhamentos.

5. Fluxo Assistencial

1. **Entrada do paciente:** Recepção e registro.
2. **Triagem:** Realizada por enfermeiro, com aplicação do SCR.
3. **Encaminhamento conforme classificação:**
 - **Vermelho:** Sala Vermelha.
 - **Laranja:** Sala Vermelha.

- **Amarelo:** Sala Amarela.
 - **Verde:** Sala Verde.
 - **Azul:** Área Azul.
4. **Casos regulados (SAMU, outras instituições):** Encaminhamento direto às áreas de atendimento conforme avaliação médica/paramédica.
 5. **Pacientes em observação >12h:** Transferência da Área Azul para a Área Verde.
 6. **Pacientes estabilizados na Sala Vermelha:** Transferência para Sala Amarela até encaminhamento à UTI ou Centro Cirúrgico.



6. Funcionamento Contínuo

O serviço funcionará **24 horas por dia, 7 dias por semana**, com equipe completa e protocolos assistenciais validados, garantindo:

- Atendimento à **demandas espontânea e regulada**.
- Registro clínico completo: histórico, hipótese diagnóstica, exames, conduta, evolução e alta.
- Suporte intensivo nas áreas críticas (Sala Vermelha e Sala Amarela).
- Encaminhamento seguro para internação, UTI ou alta responsável.

7. Monitoramento e Avaliação

Indicadores de desempenho:

- Tempo médio de triagem.
- Tempo médio de atendimento por classificação.
- Taxa de reclassificação.
- Índice de satisfação do usuário.

Os dados serão integrados ao sistema de gestão hospitalar e ao **DATASUS**, permitindo análise e tomada de decisão baseada em evidências.

8. Educação Permanente

- Treinamentos regulares para enfermeiros e recepcionistas.
- Integração com o **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)**.
- Atualização periódica dos protocolos de triagem e acolhimento.

9. Resultados Esperados

- Redução do tempo de espera para casos graves.
- Organização eficiente do fluxo de pacientes.
- Melhoria na resolutividade e segurança do atendimento.
- Fortalecimento da humanização e da equidade no cuidado.

2.2.4. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.

2.2.4.1. *Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para visita aos usuários.*

Contextualização

- As visitas hospitalares são parte essencial do processo de humanização do cuidado, proporcionando apoio afetivo e social aos pacientes. Contudo, é necessário estabelecer regras claras de horários, critérios e conduta para garantir:

- **Segurança do paciente;**
- **Controle de riscos assistenciais e epidemiológicos;**
- **Fluxo organizacional adequado;**
- **Ambiente de respeito e acolhimento.**

Objetivos

- Definir normas para a realização de visitas hospitalares.
- Estabelecer horários e critérios específicos para diferentes setores.
- Implantar medidas de segurança e biossegurança.
- Controlar riscos relacionados a infecções, segurança patrimonial e violência.

Metodologia de Implantação

- **Levantamento Situacional:** análise da estrutura física e capacidade de acolhimento de visitantes.
- **Definição das Regras:** elaboração de fluxos e regulamentos.
- **Treinamento das Equipes:** segurança, recepção e enfermagem.
- **Comunicação aos Usuários:** cartazes, cartilhas e orientações verbais.
- **Monitoramento Contínuo:** registro de ocorrências e avaliação periódica.

Instrução Normativa – Visitas Hospitalares

Horários de Visita

- **Enfermarias Adulto:** 15h às 16h (1 hora diária).
- **Enfermarias Pediátricas:** 14h às 15h (1 hora diária, com 2 visitantes por vez, além do acompanhante fixo).
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI Adulto):** 2 visitas diárias de 30 minutos cada (manhã e tarde), previamente autorizadas.
- **Pronto-Socorro – Áreas de Observação:** visitas restritas, autorizadas pela equipe assistencial, 15 minutos/dia.
- **Exceções:** Casos paliativos, situações críticas ou de terminalidade poderão ter flexibilização mediante autorização médica.

Critérios de Acesso

- Permitida a entrada de **visitantes maiores de 12 anos**, acompanhados por responsável (quando menores de 18).
- Proibido acesso de visitantes com **sintomas gripais, doenças infectocontagiosas ou uso de substâncias ilícitas**.
- Identificação obrigatória com **documento oficial com foto**.
- Controle de entrada por **registro eletrônico ou manual** na recepção.

Condutas Durante a Visita

- Higienizar as mãos na entrada e saída da unidade.
- Utilizar máscara de proteção em ambientes determinados.
- Manter voz baixa e evitar aglomerações.
- Não é permitido o consumo de alimentos e bebidas dentro das unidades.
- Não fotografar ou filmar pacientes sem autorização formal.
- Respeitar a privacidade dos demais usuários.

Medidas de Controle de Risco

- **Controle de acesso** por equipe de segurança e recepção.
- **Triagem visual** para identificação de sinais de violência ou risco.
- **Vistoria preventiva** de bolsas/mochilas em situações suspeitas.
- **Proibição de entrada de objetos cortantes, armas ou substâncias proibidas**.
- **Acompanhamento de visitas em áreas sensíveis** (UTI e Pronto-Socorro).
- **Registro de incidentes** em formulário institucional, com análise pela Comissão de Risco e Segurança.

Monitoramento e Avaliação

- Relatórios mensais de ocorrências envolvendo visitantes.
- Indicadores de **adesão aos horários, descumprimento de normas e eventos adversos relacionados a visitas**.
- Revisão periódica pela **Comissão de Humanização e Núcleo de Segurança do Paciente**.

Considerações Finais

- A implantação destas normas garantirá um **equilíbrio entre humanização e segurança**, fortalecendo o vínculo familiar sem comprometer a organização hospitalar.
- O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** reforça, com esta proposta, sua responsabilidade em oferecer atendimento **ético, seguro e humanizado**.

Considerando que neste projeto, encontramos **Manual Do Usuário, Acompanhante e Visitante**, que visa integrar e disseminar as informações acima aos nossos Usuário, acompanhante e Visitante.

2.2.5. Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes.

Contextualização

- O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) são unidades de alta demanda assistencial, referência para atendimentos de urgência e emergência na região Norte do Mato Grosso do Sul.
- Visando garantir **segurança, humanização e qualidade no cuidado ao paciente**, torna-se necessária a implantação de diretrizes claras para **acomodação e conduta de acompanhantes**, assegurando organização, respeito às normas institucionais e boas práticas de convivência hospitalar.

Objetivos

- Estabelecer normas e orientações sobre a presença de acompanhantes.
- Garantir condições adequadas de acomodação, respeitando limites estruturais.
- Definir padrões de conduta que favoreçam o cuidado centrado no paciente.
- Minimizar riscos de conflitos, incidentes de segurança e desconfortos durante a internação.

Diretrizes Propostas

Acomodação

- Disponibilização de cadeiras reclináveis ou poltronas hospitalares para acompanhantes em áreas de internação.
- Escala de permanência organizada em turnos (ex.: um acompanhante por vez, com possibilidade de revezamento autorizado).

- Priorização de permanência contínua nos seguintes casos:
- Pacientes pediátricos.
- Pacientes idosos e/ou em situação de vulnerabilidade.
- Pacientes com deficiência física ou cognitiva.

Conduta

- O acompanhante deve:
- Manter **respeito e cordialidade** com equipe, pacientes e demais usuários.
- Cumprir normas de **higiene e biossegurança**, incluindo uso de EPI quando indicado.
- Não portar **bebidas alcoólicas, armas ou substâncias ilícitas**.
- **Evitar circulação desnecessária** nos corredores e áreas restritas.
- Zelar pelos bens do hospital e dos pacientes.
- O acompanhante não deve:
- Realizar procedimentos de cuidado direto ao paciente sem orientação da equipe.
- Utilizar aparelhos sonoros ou celulares em volume elevado.
- Dormir no leito destinado ao paciente.

Medidas de Segurança

- Em casos de descumprimento das regras ou condutas de violência verbal/física, o hospital poderá:
- Advertir verbalmente.
- Solicitar substituição imediata do acompanhante.
- Acionar equipe de segurança e, se necessário, órgãos competentes.

Implementação

- **Elaboração de cartilha informativa** a ser entregue no momento da internação.
- **Afixação de cartazes** em áreas de circulação com regras de convivência.
- **Treinamento da equipe assistencial e administrativa** para alinhamento das orientações.
- Inclusão das normas no **Manual Interno dos Hospitais**.

Monitoramento e Avaliação

- Registro de ocorrências envolvendo acompanhantes.
- Avaliação periódica pela **Comissão de Humanização e Segurança do Paciente**.
- Pesquisa de satisfação com pacientes e familiares para identificar pontos de melhoria.
- **Considerações**
 - A implantação das orientações quanto às formas de acomodação e conduta para acompanhantes busca **equilibrar o direito do paciente ao apoio familiar** com a necessidade de **manutenção da ordem, segurança e qualidade assistencial**.
 - Com esta proposta, o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** reforça seu compromisso com a **humanização do cuidado** e a **excelência na gestão hospitalar**.

2.2.6. Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.

O **Instituto Mais Saúde (ISMS)** apresenta a proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização PNH, pautados nos Princípios e Objetivos do HumanizaSUS, resultados esperados com a Política Nacional de Humanização (PNH), contendo Política da Diversidade, Equidade e Inclusão Institucional, Proposta de Regimento Interno – Humanização Hospitalar e Regimento Interno do Setor de Humanização do ISMS.

Introdução

A política de humanização especifica ações globais a serem realizadas pela equipe de saúde para promover a humanização do processo assistencial aos clientes e familiares.

Assim sendo, objetiva tornar o ambiente agradável e acolhedor para o adulto, idoso e família, adotando tecnologias que promovam a realização de procedimentos de forma segura e de qualidade.

Além, é orientada pelos seguintes princípios:

- A criança, adulto, idoso e familiar são focos principais no planejamento da assistência;
- O respeito e a ética nas relações interpessoais são fundamentais na conduta da equipe;

- A estrutura física e de equipamentos devem atender as necessidades da clientela e dos trabalhadores de saúde de forma a promover a segurança e a qualidade em bases técnica e científica;
- O direito à informação deve ser assegurado ao adulto, idoso, criança e família;
- A gestão dos serviços deve favorecer a participação da equipe, estimulando a corresponsabilização pelo processo;
- Ações propostas para alcançar a humanização;
- Divulgar e tornar acessível o código de ética profissional e dos direitos do paciente;
- Estimular e participar de iniciativas de humanização do processo assistencial desencadeados ou coordenados pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) da unidade;
- Oferecer oportunidade aos pacientes e familiares para expressarem suas dúvidas e opiniões visando minimizar a ansiedade e os medos.
- Preparar o paciente e familiar antes da realização de procedimentos. Usar linguagem adequada e simples e dar informações verdadeiras como no caso de procedimentos dolorosos.

A saúde é uma das áreas mais complexas no Brasil. Nas instituições públicas, há necessidade de fomento de recursos e aprimoramento da gestão para prestar um atendimento de qualidade, resolutivo, e por meio de tecnologias para tornar os processos mais seguros e eficientes.

A falta de humanização pode ser considerada como uma das falhas mais graves para o contexto ampliado da assistência a saúde. O paciente espera que, ao chegar em um serviço de saúde, seja tratado com cuidado e atenção, de modo rápido, seguro, com praticidade e comodidade. Algumas medidas, podem contribuir para aperfeiçoar essa realidade, tornando os serviços de saúde mais humanizados.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revelam que são abertas, em média, 70 ações por dia no Brasil, por erros das equipes médicas. Em 2017, 26 mil ações foram registradas em todo país. A falta de humanização no atendimento abre espaço para falhas e descuidos com o paciente, desde a entrada nas unidades, até a troca de resultados ou a perda de documentos essenciais em clínicas, laboratórios e unidades hospitalares. Tais atitudes ferem as condições físicas, psicológicas e ética do cuidado pacientes.

Para evitar as falhas nos resultados e problemas no acolhimento, é essencial investir em novas tecnologias e na capacitação profissional. Esses fatores devem caminhar juntos para tornar o atendimento humanizado e mais próximo do paciente.

Uma instituição que pratica o atendimento humanizado, conquista a fidelidade do seu público, uma vez que agrega valor ao paciente, por meio de melhores práticas de cuidado na assistência à saúde.

Quando um paciente procura um serviço de saúde, público ou privado, busca mais do que um atendimento médico ou a realização de exames. O paciente busca acolhimento, compreensão e uma comunicação empática, com objetivo de ter seu problema identificado e resolvido de forma humanizada.

Muitas instituições já identificaram essa carência e começaram a investir em formas de atender seus pacientes, que ajudem a interpretar a necessidade de cada indivíduo. Como resultado, podem desenvolver novas formas de tornar o atendimento mais próximo do paciente e eficiente para a Unidade de saúde.

As práticas de humanização da assistência à saúde podem ser diversas e diferenciadas. Um exemplo de uma possibilidade de implantação de humanização na prática gerencial é o aprimoramento da *recepção digital*.

Podemos dizer que a humanização na Unidade Assistencial se iniciará logo na chegada dos pacientes, desde o simples “Bom Dia”, até nas orientações de retirada de senha ou no próprio estacionamento. O tom do Bom Dia pode ser interpretado de diversas formas, pois cada indivíduo vai receber o cumprimento de acordo com seu estado de espírito. Essa percepção e sensibilidade deve ser aprimorada pelos profissionais que atendem os pacientes em cada etapa dos acolhimentos e recepção.

A espera do paciente, para realizar o exame deve ser acolhedora, com uma priorização adequada. A fila vai determinar qual o próximo paciente a ser atendido, quais as informações do exame que ele precisa realizar etc. O pedido médico digitalizado evita que ocorram falhas no atendimento, pois permite que o colhedor verifique se os dados cadastrais foram registrados corretamente.

Na etapa de coleta, os pacientes com acesso venoso comprometido devem ser identificados e submetidos a avaliação especializada. Após a avaliação, um profissional adequado será designado para este tipo de punção. A leitura do código de barras possibilita a identificação do paciente e do material coletado de forma segura. O crachá do Técnico de Enfermagem, responsável pela coleta, também pode ser checado.

Esse recurso é um diferencial para o atendimento humanizado com crianças. Quando falamos em coleta infantil, é preciso ter mais cuidado. Quem tem filhos sabe da complexidade que é prepará-los emocionalmente para punção de uma coleta de sangue. E se a veia tem dificuldades de ser punccionada? E se necessita de nova coleta? Os profissionais são responsáveis por tornar a experiência do paciente menos traumática.

O material biológico do paciente deve ser devidamente identificado, eliminando as chances de falhas de identificação, que possam gerar um diagnóstico incorreto. Além disso, alguns pacientes precisam que o resultado de seus exames seja priorizado, exigindo a sinalização de urgência que permite que todas as áreas envolvidas sejam informadas sobre a necessidade e o resultado seja entregue dentro do prazo.

Proporcionar mais autonomia ao paciente também será uma característica do atendimento humanizado na Unidade de Saúde. Acessar o resultado dos exames online e poder imprimir para levar ao médico proporciona maior comodidade e evita que o paciente perca tempo ou prejudique a sua rotina apenas para comparecer até a unidade.

O atendimento humanizado não termina após a realização dos exames ou após a saída do paciente, é necessário que exista uma interação entre o Médico Solicitante e o Responsável Técnico, principalmente para tratativas de possíveis notificações em caso de resultados alterados. Assim, é possível manter uma relação entre médico, paciente e unidade de saúde.

Para isso, a integração das informações é fundamental. A Unidade de Saúde. Utilizará os mesmos sistemas de gestão, podendo fazer a integração dos dados. Dessa forma, o médico solicitante e o responsável técnico terão acesso aos resultados dos exames. Um recurso que automatiza o processo e torna a administração mais eficiente, sem prejudicar a humanização.

Resumindo, a humanização se refere a todo o cuidado com a experiência do paciente levando em consideração as boas práticas para proporcionar a qualidade do atendimento e a segurança dos resultados.

Proposta de Implantação do Serviço Humanizado de Atendimento ao Usuário - Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

Justificativa

O atendimento humanizado representa um eixo fundamental para a qualificação da assistência em saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. A humanização valoriza a dignidade, os direitos, a escuta ativa e o acolhimento do usuário e seus familiares, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde, paciente e comunidade.

No contexto hospitalar, a implantação de um serviço estruturado de atendimento humanizado busca não apenas melhorar a experiência do usuário, mas também promover a integralidade do cuidado, reduzir conflitos, otimizar fluxos e favorecer a corresponsabilização dos profissionais.

Objetivos

Geral:

Implantar um serviço de atendimento humanizado ao usuário no [nome do hospital], em conformidade com as diretrizes da PNH, visando garantir acolhimento, resolutividade e qualidade da assistência.

Específicos:

- Oferecer acolhimento com classificação de risco e escuta qualificada em todos os pontos de entrada do hospital.
- Estabelecer canais de comunicação efetivos entre usuários, familiares e equipe multiprofissional.
- Promover o respeito à diversidade cultural, étnica, religiosa e de gênero, assegurando equidade no cuidado.
- Implementar protocolos de atendimento humanizado que incluam fluxos de informações, orientações e acompanhamento do paciente.
- Estimular a participação dos usuários na avaliação e construção de melhorias no serviço.

Estratégias de Implantação

- Capacitação da equipe multiprofissional em boas práticas de humanização, comunicação empática, manejo de conflitos e acolhimento.
- Implantação de Núcleo de Humanização Hospitalar, com representantes de diferentes setores (assistencial, administrativo e apoio).
- Adequação dos espaços físicos para garantir conforto, privacidade e acessibilidade (salas de espera humanizadas, áreas de convivência, leitos adaptados).
- Criação de um Serviço de Ouvidoria/Atendimento ao Usuário para acolher demandas, reclamações e sugestões.
- Inserção de protocolos assistenciais humanizados, como visita ampliada, acompanhante para pacientes vulneráveis e atenção especial em situações de luto.
- Ações de humanização para trabalhadores da saúde, como rodas de conversa, espaços de escuta e apoio psicossocial.

- Mensuração de dois indicadores iniciais para acompanhar as ações do setor – Número de ações da humanização e Índice de Satisfação e Conforto emocional.
- Implantação da Política Nacional de Humanização – PNH
- Implantação da Política da Diversidade, Equidade e Inclusão Institucional
- Implantação do Regimento Interno – Humanização

Cronograma de Execução

ETAPA	ATIVIDADE	PRAZO
1	Diagnóstico situacional do atendimento atual	1º mês
2	Capacitação da equipe multiprofissional	2º ao 3º mês
3	Criação do Núcleo de Humanização Hospitalar	3º mês
4	Implantação dos protocolos de atendimento humanizado	4º ao 6º mês
5	Estruturação da Ouvidoria/Serviço de Atendimento ao Usuário	6º mês
6	Monitoramento e avaliação contínua	Permanente

Resultados Esperados

- Melhoria da satisfação dos usuários e familiares com o serviço hospitalar.
- Redução de conflitos e aumento da resolutividade dos atendimentos.
- Maior integração entre equipe multiprofissional e usuários.
- Consolidação de uma cultura institucional humanizada, com impacto positivo na qualidade assistencial.
- - Fortalecimento do hospital como referência em boas práticas humanizadas na rede de saúde.

Política Nacional de Humanização - PNH

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública

no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de 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.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

Valorização da participação do usuário, Profissionais e Gestores

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

Acolhimento

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Gestão Participativa e Cogestão

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão. aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano da unidade de saúde.

Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ambiência

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

Clínica Ampliada e Compartilhada

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e

a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Valorização do Trabalhador

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Defesa dos Direitos dos Usuários

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

Princípios do Humanizassus

Transversalidade

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Indissociabilidade Entre Atenção e Gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se cor responsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens. As mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Dispositivos da PNH

Por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH);
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde. gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação etc;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante - Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Co-Geridos de Ambiência - Acolhimento com Classificação de Riscos;

- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

Resultados Esperados com a PNH

- Com a implementação da PNH, trabalhamos para alcançar resultados englobando as seguintes direções.
- Serão reduzidos as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral.
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral.
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros).
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde. Tanto no âmbito dos resultados esperados quanto nos processos disparados, está-se procurando ajustar metodologias para monitoramento e avaliação (articulados aos planos de ação), cuidando para que o próprio processo avaliativo seja inovado à luz dos referenciais da PNH, em uma perspectiva formativa, participativa e emancipatória, de aprender-fazendo e fazer-aprendendo.

Estratégias Gerais

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

No eixo das instituições do SUS, propõe-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos, como já faz do Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto Pela Saúde.

- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional.
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os, fundo a fundo, mediante o compromisso dos gestores com a PNH.
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos
- No eixo da educação permanente em saúde indica-se que a PNH.

1) Seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação;

2) Oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde.

- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação da mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde.
- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

Objetivos do Humaniza SUS

Propósitos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes

- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção.
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Três Macro Objetivos do Humaniza SUS

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários.
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil.
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

A Política Nacional de Humanização busca

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso.
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco.
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo.
- Garantia dos direitos dos usuários.
- Valorização do trabalho na saúde.
- Gestão participativa nos serviços.

Para concluir, o **ISMS** utilizará da Política de Humanização como ferramenta de gestão e destacará então os princípios norteadores e propõe:

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo,

extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados etc.);

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do Sistema único de Saúde - SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Ressaltamos que, apartado do presente documento, encontra-se a Política Institucional do setor de Humanização Hospitalar e o Regimento Interno do setor, de acordo com as normativas corporativas do Instituto Social Mais Saúde. Cada unidade hospitalar possui o Manual de Normas e Rotinas do setor, adequado a sua vivência, experiência e singularidade, validado pela sede institucional.

Abaixo inserimos a Proposta de Implantação do Serviço Humanizado de Atendimento ao Usuário no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. Em seguida, apresentamos a Política da Diversidade do Instituto Social Mais Saúde e o Regimento Interno do setor da Humanização Hospitalar.

Política da Diversidade, Equidade e Inclusão Institucional

O Instituto Social Mais Saúde reconhece a importância da diversidade, equidade e inclusão para o desenvolvimento de um ambiente de trabalho justo, respeitoso e colaborativo. Estamos comprometidos em promover uma cultura que valorize a diversidade de pensamentos, experiências e identidades, e que garanta oportunidades iguais para todos os colaboradores.

OBJETIVO

Esta Política é regida por princípios nacionais e internacionais de Direitos Humanos garantindo direitos iguais a todas as pessoas, independentemente de raça, cor, gênero, orientação sexual, religião, nacionalidade, opinião política ou de outra natureza, situação social, ou qualquer outra situação.

Neste contexto, para a construção de um ambiente de trabalho de excelência, todas as ações devem ser pautadas pela valorização da diversidade e da inclusão de pessoas com identidades, culturas, religiões, etnias, espiritualidades, crenças e necessidades especiais físicas ou intelectuais próprias.

A Política de Diversidade, Equidade e Inclusão da Organização Social de Saúde Instituto Social Mais Saúde, tem por objetivo:

- a. promover transparência aos direcionamentos da organização, visando um ambiente plural, livre de discriminação, que fomenta e valoriza o respeito e a igualdade de oportunidades;
- b. estabelecer diretrizes para nortear o relacionamento entre todos os indivíduos que compoem o quadro de colaboradores nas instituições, Coordenação Estratégica e Executiva, membros do Conselho e Assembleia, terceiros, fornecedores e outras partes interessadas em relação aos temas de Diversidade, Equidade e Inclusão;
- c. aumentar a representatividade de grupos sociais minorizados no quadro de colaboradores, promovendo uma cultura inclusiva, respeitando as pessoas e repudiando toda forma de discriminação, tal qual previsto no Código de Conduta Ética;

ABRANGÊNCIA

Esta Política aplica-se na Sede Administrativa, unidades gerenciadas e operacionalizadas, empregados, prestadores de serviços, fornecedores e demais públicos de interesse do ISMS.

Todos os Projetos hospitalares geridos pelo Instituto Social Mais Saúde, devem definir seus direcionamentos a partir das orientações previstas na presente Política, considerando as necessidades específicas e os aspectos legais e regulamentares a que estão sujeitas.

DESCRIÇÃO

Diversidade: A diversidade é parte essencial da nossa empresa. Reconhecemos e valorizamos as diferenças individuais, incluindo, mas não se limitando a, raça, etnia, gênero, orientação sexual, idade, religião, deficiência, nacionalidade e background socioeconômico. Encorajamos a expressão autêntica de cada colaborador e valorizamos a contribuição única que cada um traz para a nossa equipe.

Equidade: A equidade é um princípio fundamental em nossa empresa. Nos comprometemos a garantir que todas as decisões relacionadas ao recrutamento, seleção, promoção, treinamento, remuneração e desenvolvimento de carreira sejam baseadas no mérito, habilidades e competências, sem discriminação ou favoritismo.

Inclusão: A inclusão é parte integrante de nossa cultura. Buscamos criar um ambiente inclusivo, onde todos os colaboradores se sintam valorizados, respeitados e apoiados em suas diferenças. Promovemos a conscientização, a educação e o diálogo aberto sobre questões de diversidade e inclusão, buscando sempre melhorar e aprender com as experiências de todos.

Responsabilidade de Todos: Cada colaborador é responsável por promover e apoiar uma cultura de diversidade, equidade e inclusão. Esperamos que todos os membros da equipe ajam com respeito, empatia e abertura para com as diferenças, contribuindo para um ambiente de trabalho positivo e acolhedor.

COMPROMISSO INSTITUCIONAL

Compromisso institucional: respeitar e valorizar a singularidade da equipe do Instituto Social Mais Saúde, promovendo um ambiente de trabalho inclusivo, sempre combatendo a discriminação e o preconceito em todas as suas formas:

- a) Reconhecer e valorizar as individualidades de cada membro da equipe, assegurando um ambiente de trabalho justo onde todas as pessoas tenham igualdade de oportunidades para desenvolver seu potencial;
- b) Fornecer condições seguras de trabalho, reforçando a política de repúdio e rigor de apuração com relação a todas as formas de violência no trabalho, incluindo abuso verbal e /ou físico e prevenir assédio sexual.

c) Tratar todas as pessoas de forma justa e igualitária, sem discriminação por motivos de raça, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, idade, classe social, deficiência, religião, nacionalidade e crenças políticas inclusive nas normas e processos internos de recrutamento, demissão, mudança de cargo, benefícios e treinamentos que devem ser baseados no bom desempenho.

d) Combater episódios de discriminação e quaisquer situações de humilhação, intimidação, exposição ao ridículo, hostilidade, constrangimento e micro agressões em nossos ambientes de trabalho, sejam eles relacionados a etnia/raça, gênero, orientação sexual, religião, deficiências físicas e/ou intelectuais, origem social ou de outra natureza, de modo que a equipe se sinta acolhida e segura para relatar situações abusivas sofridas ou presenciadas, sempre respeitando a dignidade e os direitos humanos de todas as pessoas no ambiente de trabalho.

e) Incorporar a diversidade como um dos valores dentro do planejamento estratégico e incluir indicadores sobre o tema nos programas, projetos, eventos, fomentos e nas ações da organização.

f) evolução de políticas e processos para garantir equidade salarial.

g) fortalecimento de ações específicas para pessoas negras, LGBTQIA+, mulheres, indígenas e pessoas com deficiências em cargos de liderança.

h) inserção de conteúdos sobre Diversidade, Equidade e Inclusão e gestão de diferentes perfis profissionais em todos os programas de formação da organização.

4.2 Liderança inspiradora: A liderança da empresa está comprometida em promover e apoiar ativamente a diversidade, equidade e inclusão em todas as áreas da organização. Estamos comprometidos em estabelecer metas mensuráveis, monitorar o progresso e agir proativamente para garantir um ambiente de trabalho justo e inclusivo para todos. Além de tomar decisões que sejam mais sensíveis e empáticas, livres de preconceitos. Promover ambientes inclusivos, fomentar momentos de escuta ativa, formar e desenvolver equipes diversas seja qual for a área da organização. Posicionar-se ao presenciar condutas excludentes e/ou atitudes discriminatórias e inspirar as pessoas pelo exemplo.

5. Promoção de processos inclusivos e afirmativos: assegurar práticas, promover políticas, normas e processos internos inclusivos para atrair, contratar, desenvolver, reconhecer e reter os melhores e mais diversos talentos.

- a. Incentivo à Contratação de Mulheres: o ISMS incentiva ativamente a contratação de mulheres, reconhecendo a importância da equidade de gênero no ambiente de trabalho. Para isso, a empresa implementa práticas de recrutamento inclusivas, oferece oportunidades de capacitação e desenvolvimento específicas para mulheres e promove um ambiente de trabalho que valoriza a diversidade de gênero.
 - b. Incentivos à Contratação de Mulheres LBTQI+: O ISMS reconhece a importância da inclusão de mulheres lésbicas, bissexuais, transgêneras, queer e intersexuais (LBTQI+) e incentiva sua contratação. A empresa promove um ambiente acolhedor e respeitoso para todas as identidades de gênero e orientações sexuais, garantindo igualdade de oportunidades e tratamento justo para todas as colaboradoras.
 - c. Incentivo à Contratação de Mulheres Negras (Pretas e Pardas): O ISMS reconhece a importância da inclusão de mulheres negras (pretas e pardas) e incentiva sua contratação. A empresa implementa práticas de recrutamento que visam ampliar a representatividade racial em todos os níveis da organização, promove a valorização da cultura afrodescendente e combate ativamente qualquer forma de discriminação racial. A empresa promove ativamente a igualdade de oportunidades para mulheres em todos os níveis hierárquicos, incluindo cargos de direção e gerência. O ISMS implementa programas de desenvolvimento de liderança específicos para mulheres, busca eliminar quaisquer barreiras que possam impedir a ascensão profissional das mulheres na organização.
 - d. Incentivo à Contratação de Mulheres Chefes de Família: A empresa reconhece os desafios enfrentados pelas mulheres chefes de família e incentiva sua contratação, oferecendo condições de trabalho flexíveis e apoio para conciliação entre vida profissional e pessoal. A empresa valoriza a diversidade de arranjos familiares e busca criar um ambiente de trabalho inclusivo e solidário para todas as colaboradoras.
6. Valorização da diversidade das nossas equipes, prestadores de serviços e fornecedores: reconhecer e valorizar as individualidades de cada membro, prestador de serviço e fornecedor, sempre assegurando um ambiente de trabalho inclusivo, livre de preconceito e discriminação, e encorajando-os a adotar essas práticas.

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Esta política será revisada periodicamente para garantir sua eficácia e alinhamento com os valores e objetivos da empresa. Estamos comprometidos em continuar aprendendo, crescendo e evoluindo em nossa jornada rumo à diversidade, equidade e inclusão.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Estatuto Social ISMS Constituição Federal de 1988
- Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003
- Estatuto da Criança e Adolescente – Lei 8.069/1990
- Lei nº 9.982/2000 - Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares;
- Lei nº 13.146/2015 Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência; Política Nacional de Saúde Integral;
- LGBT Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009; Carta dos 29 Direitos dos usuários da Saúde;
- Lei Federal nº 11.108/2005 - Direito acompanhante no parto; Portaria Nº 2.663, de 11 de outubro de 2017.

Proposta de Regimento Interno – Humanização

O Instituto Social Mais Saúde possui um modelo de gestão verticalizada visando sempre a sustentabilidade financeira institucional e de seus projetos assim como a melhor organização e otimização de processos e protocolos corporativos que lhe garantem qualidade e eficiência.

O modelo de gestão atual verticalizado traz diretrizes para o ISMS que orientam o plano de trabalho aplicado as unidades de saúde sob sua gestão. Assim sendo, o ISMS possui como pilares do Mapa estratégico:

Missão: Promover nos serviços de saúde um modelo de gestão estratégica, humanizada, segura, inovadora e sustentável, fundamentado na excelência assistencial, visando proporcionar o bem-estar psíquico, físico e social das pessoas.

Visão: Ser reconhecido na gestão e na prestação de serviços de saúde de excelência em todo o território nacional.

Valores: Humanização, Excelência, Integridade, Transparência, Sustentabilidade, Diversidade e Responsabilidade Social.

Assim sendo, o presente regimento tem por finalidade estabelecer normas e diretrizes para promover a humanização no atendimento hospitalar, reconhecendo a importância de um cuidado centrado no paciente.

1. Objetivos do Setor

- Fomentar a humanização nas interações entre a equipe de saúde, usuários e familiares.
- Desenvolver e implementar ações educativas que promovam e possibilitem a compreensão da empatia e o acolhimento.
- Criar um ambiente hospitalar que valorize a individualidade de cada paciente.

2. Normas e Diretrizes

- **Código de Conduta:** Todos os membros da equipe devem manter uma postura ética e profissional, priorizando o respeito e a dignidade no atendimento.
- **Confidencialidade:** As informações dos pacientes devem ser tratadas com sigilo absoluto, respeitando a privacidade e os direitos de cada indivíduo.
- **Empatia e Respeito:** O atendimento deve ser realizado com empatia, buscando entender e atender às necessidades emocionais e físicas dos pacientes.

3. Estrutura Organizacional

- **Hierarquia:** O setor será estruturado em diferentes níveis, com clara definição de funções e responsabilidades para cada membro da equipe.
- **Responsabilidades:** Cada colaborador é responsável por contribuir para a promoção de um ambiente humanizado e acolhedor.

4. Processos de Trabalho

- **Atendimentos:** Estabelecer procedimentos claros para garantir que todos os atendimentos sejam realizados de forma humanizada.
- **Acolhimento:** Criar protocolos de acolhimento que garantam um recebimento caloroso e respeitoso a pacientes e familiares.
- **Feedback:** Implementar mecanismos para coleta de feedback, promovendo a escuta ativa e a melhoria contínua dos serviços.
- **Relação sociedade-humanização:** Compreender modos diferentes e singulares de promoção das ações de humanização em sociedade, além de ressaltar a importância e tais reflexões.
- **Relação colaborador - humanização:** Compreender a essência das relações de serviço e processos de trabalho com as necessidades humanas básicas dos colaboradores.

5. Capacitação e Treinamento

- Promover programas de formação contínua que abordem a humanização no atendimento e desenvolvam habilidades interpessoais.
- Realizar palestras e workshops com especialistas na área para enriquecer o conhecimento da equipe e da sociedade.

6. Avaliação e Monitoramento

- Estabelecer indicadores de desempenho para monitorar a eficácia das ações de humanização.
- Realizar avaliações periódicas do setor, buscando oportunidades de melhoria e inovação.

7. Comunicação

- Manter canais de comunicação abertos e eficazes entre a equipe e usuários, garantindo transparência nas relações.
- Fomentar um ambiente de diálogo e colaboração, incentivando a troca de informações e experiências.

8. Disposições Finais

- Este regimento será revisado periodicamente para garantir sua relevância e eficácia.
- A data de vigência e as responsabilidades pela atualização do regimento serão determinadas pela direção do setor.

Regimento Interno do Setor de Humanização do ISMS

Capítulo I

Disposições Gerais

Art. 1º Este Regimento Interno estabelece normas e diretrizes para o funcionamento do Setor de Humanização do Hospital, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e de qualidade aos pacientes.

Art. 2º O Setor de Humanização é responsável por implementar ações que assegurem o respeito à dignidade, às necessidades e aos direitos de pacientes, familiares e colaboradores, visando uma experiência de atendimento mais acolhedora.

Capítulo II

Objetivos

Art. 3º São objetivos do Setor de Humanização:

- I. Criar um ambiente acolhedor e respeitoso para pacientes e familiares;
- II. Desenvolver e implementar programas de humanização no atendimento;
- III. Capacitar a equipe de saúde em práticas que favoreçam a humanização;
- IV. Estimular a participação ativa de pacientes e familiares no processo de cuidado;
- V. Avaliar e monitorar a eficácia das ações de humanização.
- VI. Conhecer o território no qual o serviço de saúde está inserido a fim de estender as ações de humanização para o público extramuros;
- VII. Compreender o conceito de singularidade e buscar ações e cuidado, partindo do conceito que cada sujeito é único e com especificidades e necessidades ímpares.

Capítulo III

Estrutura e Funcionamento

Art. 4º O Setor de Humanização será composto por:

- I. Analista de Humanização;
- II. Equipe multidisciplinar, incluindo profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais e voluntários;
- III. Colaboradores e estagiários envolvidos em projetos de humanização.

Art. 5º As reuniões do Setor de Humanização ocorrerão mensalmente, com a presença de todos os membros da equipe, visando à avaliação das ações realizadas e ao planejamento de novas atividades.

Capítulo IV

Atribuições

Art. 6º São atribuições do Coordenador de Humanização:

- I. Coordenar as atividades do setor de forma eficiente e eficaz;
- II. Articular com outras áreas do hospital para implementar ações integradas de humanização;
- III. Promover capacitações e treinamentos contínuos para a equipe;
- IV. Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades e resultados alcançados.
- V. Articular para implementar ações integradas de humanização no contexto extramuros do hospital;

Art. 7º As atribuições da equipe multidisciplinar incluem:

- I. Realizar atendimentos e acolhimentos a pacientes e familiares;
- II. Desenvolver atividades educativas e de conscientização sobre a humanização;
- III. Participar da elaboração de políticas e diretrizes de humanização do hospital.

Capítulo V

Direitos e Deveres

Art. 8º São direitos dos pacientes e familiares:

- I. Ser tratados com respeito, dignidade e empatia;
- II. Receber informações claras e completas sobre o tratamento e os cuidados;
- III. Participar do processo de decisão sobre o seu cuidado.

Art. 9º São deveres da equipe do Setor de Humanização:

- I. Atuar com ética e respeito nas relações com pacientes e familiares;
- II. Buscar constantemente a melhoria na qualidade do atendimento;
- III. Manter a confidencialidade das informações dos pacientes.

Capítulo VI

Disposições Finais

Art. 10º Este Regimento será revisado anualmente, com a participação de toda a equipe do Setor de Humanização, garantindo sua atualização e relevância.

Art. 11º Os casos omissos serão resolvidos pela coordenação do Setor de Humanização, em conformidade com as normas e regulamentos do hospital.

Art. 12º Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

2.2.7. Proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas.

1. Introdução

A escuta ativa dos usuários é um componente essencial da gestão da qualidade e segurança em serviços de saúde. A realização periódica da **Pesquisa de Satisfação dos Usuários** visa avaliar a percepção dos pacientes e acompanhantes sobre os serviços prestados, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar decisões gerenciais baseadas em evidências.

2. Objetivos Geral:

Avaliar a satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais e hospitalares, de forma contínua e sistemática, para promover a melhoria da qualidade assistencial.

Específicos:

- Identificar pontos fortes e fragilidades no atendimento prestado.
- Gerar indicadores de satisfação que possam ser acompanhados periodicamente.
- Implantar ações corretivas e preventivas a partir dos resultados obtidos.
- Estimular a cultura de humanização e acolhimento nas relações assistenciais.

3. Metodologia

3.1. Público-alvo

- Usuários e/ou acompanhantes dos serviços ambulatoriais e hospitalares (internação, pronto atendimento, exames e consultas especializadas).

3.2. Periodicidade

- **Mensal**, com consolidação e análise trimestral dos resultados para apresentação aos setores envolvidos e à direção técnica.

3.3. Instrumento de coleta

- **Questionário estruturado**, aplicado por meio digital (tablet ou QR Code) e/ou físico (papel), contendo:
 - Tempo de espera;
 - Atendimento e acolhimento pela equipe;
 - Clareza das informações recebidas;
 - Conforto e limpeza do ambiente;
 - Segurança percebida;
 - Grau de satisfação geral.

3.4. Escala de avaliação

- Escala Likert de 0 a 10 ("0 e 2 ruim, 3 e 4 Regular, 5 e 6 Bom, 7 e 8 Ótimo e 9 e 10 Excelente").

3.5. Responsabilidade pela aplicação

- **Setor Atendimento ao Usuário (SAU/Ouvidoria)**, com apoio das lideranças assistenciais e administrativas.

Análise e Uso das Informações

- As respostas serão **tabuladas e consolidadas mensalmente**, gerando **relatórios gráficos** com indicadores de satisfação por setor.
- Os resultados serão discutidos em **reuniões de análise crítica**, com gestores e equipes assistenciais.
- As **não conformidades ou reclamações recorrentes** serão registradas e tratadas por meio de **planos de ação corretiva**.
- As **boas práticas identificadas** serão valorizadas e divulgadas internamente como **ações de reconhecimento e incentivo**.

Ações Preventivas e Corretivas

Tipo de Ação Situação Disparadora

Exemplo de Medida

Corretiva

Indicador abaixo da meta
estabelecida (ex.: satisfação < atendimento, reforço de comunicação com usuários)

Treinamento de equipe, revisão de fluxos de

Tipo de Ação	Situação Disparadora	Exemplo de Medida
Preventiva	Tendência de queda em dimensões específicas	Implantação de checklists de atendimento humanizado, campanhas de acolhimento, melhoria no conforto ambiental
Melhoria Contínua	Manutenção de altos índices de satisfação	Divulgação de resultados positivos, reforço de boas práticas, benchmarking interno

Indicadores de Acompanhamento

Indicador	Fórmula	Meta
Índice de Satisfação Geral (ISG)	$(\text{Soma das notas} / \text{número de respostas}) \times 100$	$\geq 85\%$
Taxa de Participação na Pesquisa	$(\text{N}^\circ \text{ de respondentes} / \text{n}^\circ \text{ total de atendimentos}) \times 100$	$\geq 20\%$
Índice de Melhoria Implementada	$(\text{Ações concluídas} / \text{ações propostas}) \times 100$	$\geq 90\%$

Comunicação dos Resultados

- Divulgação trimestral dos resultados aos colaboradores e gestores por meio de murais, intranet e reuniões.
- Apresentação anual no **Relatório de Gestão da Qualidade** e em **Comitês de Segurança do Paciente**.

Considerações

A pesquisa de satisfação constitui um importante **instrumento de gestão participativa e de melhoria contínua**, fortalecendo o compromisso institucional com o cuidado centrado no usuário e com a excelência na assistência.

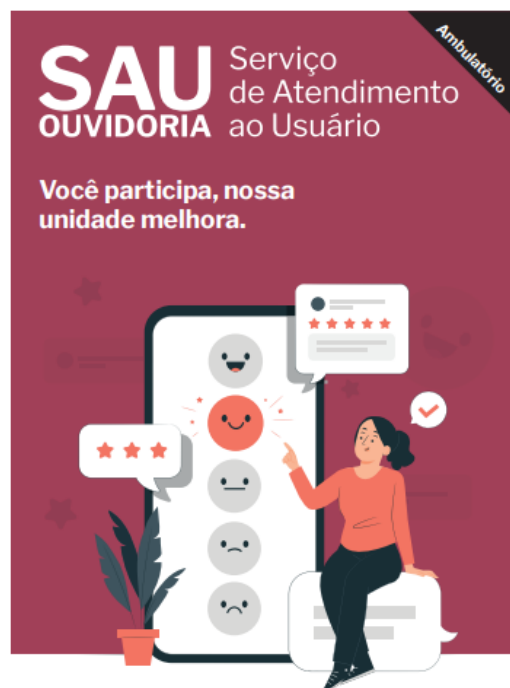
Anexo: Folder Institucional para Pesquisa de Satisfação Ambulatorial

SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE

Utilize este espaço para manifestar suas sugestões, elogios e/ou críticas.

[illegible]

Todos os serviços prestados neste hospital são gratuitos e integram o Sistema Único de Saúde (SUS).



IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

CPF: _____

Telephone(s): _____

E-mail: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____

Data: ____/____/____

☐ Paciente ☐ Visitante ☐ Acompanhante

Para que o SAU Ouvidoria possa manter contato, é necessário o preenchimento das informações. Suas informações serão mantidas em sigilo (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, 13.709 de 14 de agosto de 2018).

Gostaríamos de conhecer sua opinião sobre nossos serviços para garantir sua satisfação e a de outros usuários. Para isso, contamos com sua participação na nossa **Pesquisa de Satisfação do Usuário**. Ao respondê-la, você nos ajudará a aprimorar nossos serviços.

IMPORTANTE:

1. Você indicaria este serviço a um parente ou amigo?

☐ Sim ☐ Não

2. Você voltaria a utilizar este serviço?

☐ Sim ☐ Não

3. De um modo geral, como você avalia o serviço prestado?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente

☐ Pouco Satisfeito ☐ Insatisfeito

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO

Que nota você dá para:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO		0 a 2 Pouco satisfeito	3 a 4 Regular	5 a 6 Bom	7 a 8 Muito Bom	9 a 10 Excelente	Não se aplica
1.	Limpeza e conforto do ambiente hospitalar?						
2.	Informações e esclarecimentos sobre seu estado de saúde ?						
3.	Sinalização do hospital para você encontrar o local onde precisa ir (placas e cartazes)?						
4.	Silêncio no ambiente hospitalar?						
5.	A disponibilidade em ajudar a resolver ou esclarecer suas dúvidas:						
5.1.	Pelo médico						
5.2.	Pela equipe de enfermagem						
5.3.	Por outros profissionais						
5.4.	Pelos funcionários da Recepção						
6.	Seu nível de confiança em relação ao atendimento prestado pelo hospital?						
7.	Educação e respeito com que você foi tratado:						
7.1.	Pelo médico						
7.2.	Pela equipe de enfermagem						
7.3.	Por outros profissionais						
7.4.	Pelos funcionários da Recepção						
8.	Tempo de espera para atendimento:						
8.1.	Pelo médico						
8.2.	Pela equipe de enfermagem						
8.3.	Por outros profissionais						
8.4.	Pelos funcionários da Recepção						
9.	O interesse do médico em ouvir suas queixas durante o atendimento?						
10.	As explicações do médico sobre o diagnóstico e o tratamento realizado?						
11.	Para o acesso ao SAU/Ouviria do hospital?						
12.	Quão satisfeito ficou com o nosso atendimento?						

Por favor, coloque este formulário nas caixas de sugestões existentes no hospital. Agradecemos a sua disposição em colaborar para que possamos atendê-lo como você merece.